REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Manual Técnico sobre Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às principais Complicações Obstétricas e Neonatais

Maputo, Agosto de 2011

FICHA TÉCNICA

Título: Manual de Referência Técnica sobre Assistência ao Parto, ao Recém-Nascido e Emergências Obstétricas

Ministério da Saúde

Av Eduardo Mondlane/Salvador Allende

1008 **–** Maputo

Moçambique

Website - www.misau.gov.mz

Autor:
Dra Ernestina Castelo David
Dra Elvira Xavier

Revisores: Drs. Aida Libombo, Alicia Carbonell, Jorge Anez, Leonardo Chavane, Lidia Chongo, Maria da Luz Vaz, Veronica Reis,

Instituições colaboradoras:

OMS, UNFPA, UNICEF, USAID|MCHIP-Jhpiego

Edição e formatação:

Paginação, gráfica e impressão:

Tiragem: 2000 Exemplares

PREFÁCIO

A Saúde da Mulher e da Criança sempre foram grande prioridade do Governo de Moçambique, tendo sido desenvolvidas desde a criação do nosso jovem país, acções tendentes à redução da Mortalidade Materna e Mortalidade Infantil, assim como para a melhoria da saúde da mulher e da criança.

No entanto, os índices de Mortalidade Materna, Perinatal e Neonatal ainda se mantem elevados em Moçambique, sendo o rácio da Mortalidade Materna de 520 mortes maternas por 100.000 nascimentos e a Mortalidade Neonatalde 39 mortes neonatais por 1.000 nascimentos vivos[1].
As principais causas de mortes maternas em moçambique são a Hemorragia Pós Parto, Malária, Sida, Sepsis Puerperal, Trabalho de Parto Arrastado e Eclâmpsia.
A grande maioria das mortes maternas ocorrem como consequência de complicações directas da gravidez e parto (75 por cento) sendo os periodos mais criticos o período intra-parto e a primeira semana após o parto, tanto para as mulheres como para os recém nascidos. Uma atenção adequada durante a gravidez e o parto pode prevenir a maior parte destas complicações.

Causas indirectas, particularmente o HIV/SIDA e a Malária, são responsáveis pelo restante 25 por cento das mortes maternas, embora este padrão varie nas diferentes partes do mundo, dependendo em grande parte da prevalência dessas doenças nos países.

Dados publicados na Avaliação Nacional das Necessidades para a saúde materna e neonatal, realizada em 2007, confirmam os factos acima referidos. Segundo esta avaliação, as causas obstétricas directas são responsáveis por cerca de 76 por cento das mortes maternas no país; com a ruptura uterina a contribuir com 28.7 por cento dessas mortes, as hemorragias obstétricas com 24%, a infecção puerperal com 17,2%, a pre-eclampsia/eclampsia com 9.2% e as complicações do aborto com 6.7%. Das causas indirectas, a SIDA reresenta 53.7% dos casos e a malária 36.6%.

As principais causas de morte neonatal são a Prematuridade, Baixo Peso ao Nascer, Asfixia e a Sepsis Neonatal.

Também é importante assinalar que 43% das mortes maternas ocorrem nas primeiras 24hs após o parto e 62% dentro das primeiras 24hs de internamento. É portanto muito importante a assistência cuidadosa à mulher e ao recém-nascido durante o parto e o pós-parto, de forma a prevenir e manejar correctamente as possíveis complicações nestes períodos.

Uma das estratégias adoptadas universalmente para a reduzir a MM, Perinatal e Neonatal é a utilização de normas clínicas e fluxogramas deorientação clínica demonstradas no respectivo país como eficazes, a serem usadas nos casos de complicações obstétricas, perinatais e neonatais.

[1] Resultados do MICS (Multiple Indicators Cluster Survey)

Este manual foi desenvolvido para orientar os profissionais de saúde, em particular aos que actuam no nível primário e secundário, sobre a assitência adequada ao parto, ao recém-nascido e às principais complicações obstétricas e neonatais.

Quero agradecer a todos que directa ou indirectamente contribuiram para a elaboração deste manual.

Espero pois que este documento seja de particular utilidade para todos os profissionais de saúde envolvidos neste desafio de prestar cuidados de saúde de qualidade a todos os moçambicanos e em particular à mulher e à criança e acredito que a correcta implementação dos princípios e normas definidas neste documento, contribuirá para a redução da morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal em Moçambique.

Maputo, de Agosto de 2011

O Ministro da Saúde

Dr. Alexandre Lourenço Jaime Manguele

APRESENTAÇÃO DO MANUAL

O presente manual debruça-se sobre a assistência ao parto normal e ao recém-nascido, bem como ao diagnóstico e tratamento das principais complicações obstétricas e neonatais, as quais, mal abordadas, podem conduzir à Morte Materna e/ou a do recém-nascido. Este material constitui uma adaptação do manual clínico da Organização Mundial da Saúde sobre o Manejo Integrado da Gravidez e Parto (IMPAC), um guia para médicos e enfermeiras, OMS 2007, Departamento de Maternidade Segura, do manual do participante para o treinamento em Cuidados Obstétricos de Emergências, MISAU, 2003, das publicações da OMS, Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa sobre o Manejo do 3º Estadio do Trabalho de Parto, da Pré-Eclâmpsia, Eclâmpsia

Alguns conceitos teóricos e práticos são também aqui tratados com o intuito de melhorar a compreensão sobre o significado e as consequências do parto e do nascimento para a mulher e para o recém-nascido, como é o caso dos princípios e práticas da atenção humanizada, que constitui actualmente uma premissa indispensável para o bom atendimento das mulheres que chegam às nossas maternidades.

No presente documento são portanto apresentadas as directrizes nacionais para a assistência ao parto normal, ao recém-nascido, e para as principais complicações obstétricas e neonatais, com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, durante o trabalho de parto e pósparto, nascimento e período neonatal imediato, com o objectivo de melhoria da qualidade dos cuidados e de promover a saúde das mães e dos recém-nascidos em Moçambique.

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA		2
PREFÁCIO		3
APRESENTAÇÃO DO MANUAL		5
LISTA DAS TABELAS		14
LISTA DAS FIGURAS		15
SIGLAS E ABREVIATURAS		17
1	**INTRODUÇÃO**	18
2	**MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL EM MOÇAMBIQUE**	19
3	**ATENÇÃO HUMANIZADA**	20
3.1	Definição	20
3.2	Práticas que constituem uma Assistência humanizada de Qualiodade no Trabalho de Parto e Nascimento	20
3.3	Promoção da Ligação entre o Serviço de Saúde e a Comunidade	24
4	**ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL**	**25**
4.1	Definição de Parto Normal	25
4.2	Características Fetais e da Pélvis Materna	25
4.2.1	A Pélvis Feminina	25
4.2.2	O Feto e a sua Relação com a Pélvis	27
4.2.3	Apresentação Fetal	27
4.2.4	Diagnóstico da Apresentação e da Situação Fetal	29
4.2.5	Batimentos Cardíacos ou Foco Fetal	30
4.3	Fases Clínicas do Trabalho de Parto	31
4.3.1	Critérios para diferenciar o Verdadeiro TP do Falso TP	32
4.4	Aspectos Gerais da Assistência ao Parto	35
4.4.1	Admissão Hospitalar: Avaliação	36
4.4.2	Alimentação	37
4.4.3	Apoio emocional contínuo durante o TP e Parto	37
4.4.4	Higiene	38
4.4.5	Paciente HIV positiva:Profilaxia antiretroviral na prevenção da Transmissão Vertical	38
4.4.6	Monitoria Fetal durante o TP	39
4.5	Assistência durante o primeiro Perído do TP	41
4.5.1	Partograma “Bússola do TP”	42
4.6	Assistência durante o Período Expulsivo	49

4.7	Episiotomia	50
4.7.1	Definição	50
4.7.2	Objectivos e Indicações da Episotomia	51
4.7.3	Técnica da Episiotomia e Episiorrafia	51
4.7.4	Complicações da Episiotomia	51
4.8	Assistência durante o Terceiro Período do TP	52
4.8.1	Manejo Activo do Terceiro Período do TP	52
5	**CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM NASCIDO**	**55**
5.1	Cuidados Imediatos ao Recém Nascido Normal	55
5.2	RN com problemas	56
5.2.1	Reanimação do RN	57
5.2.2	Ventilação do RN	58
5.2.3	Cianose ou Dificuldade Respiratória	60
5.2.4	Cuidados Mãe Canguru para RN Prematuro ou de Baixo Peso	61
5.2.5	RN com Sépsis	62
5.2.6	Cuidados Pós-parto na Maternidade	63
5.2.7	Cuidados durante a transferência entre unidades sanitárias	67
6	**ANESTESIA E ANALGESIA**	**69**
6.1	Medicamentos Analgésicos durante o TP	69
6.2	Pré-medicação com Prometazina e Diazepam	70
6.3	Anestesia Local	70
6.3.1	Lidocaína	71
7	**ASSISTÊNCIA ÀS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS**	**73**
8	**AVALIAÇÃO INICIAL RÁPIDA**	**74**
8.1	Como responder a uma Emergência	75
8.2	Princípios básicos para a realizar procedimentos	76
8.3	Implementação dos mecnismos de implementação de avaliação rápida	78
8.4	Diagnóstico dos problemas frequentes durante a gravidez, parto e puerpério	78
8.4.1	Dor Abdominal na Gravidez e depois do Parto	78
8.4.2	Dor Abdominal na fase inicial da Gravidez	79
8.4.3	Dor Abdominal na fase tardia da Gravidez e após o Parto	80
8.4.4	Dificuldade Respiratória	81
8.4.5	Tensão Arterial, Cefaleias, Visão turva, Convulsões ou Perda da Consciência	82
8.4.6	Perdas vaginais na fase tardia da Gravidez	85

9	**CHOQUE**	**87**
9.1	Sintomas e Sinais	87
9.2	Conduta	87
9.3	Determinação emanejo da causa do Choque	89
9.4	Reavaliação da Mulher após o Tratamento do Choque	90
9.5	Conduta adiconal num caso de Choque	91
10	**USO CLÍNICO DE SANGUE, DERIVADOS DO SANGUE E FLUIDOS DE RESTITUIÇÃO**	**92**
10.1	Risco das Transfusões	92
10.2	Transfusão do Sangue Total e dos Glóbulos Vermelhos	93
10.3	Transfusão do Plasma	93
10.4	Como monitorar a mulher que está a fazer uma Transfusão	93
10.5	Como responder a uma reacção à Transfusão	95
10.6	Fluidos de restituição: alternativas simples à Transfusão	96
10.6.1	Fluidos Cristalóides	96
10.6.2	Fluidos Coloidais	96
10.6.3	Segurança na Infusão	97
10.6.4	Fluidoterapia de Manutenção	97
10.7	Outras vias de administração de fluidos	97
10.7.1	Administração oral e Nasogástrica	97
10.8	Tratamento do Choque Anafilático devido a uma transfusão sangueínea com incompatibilidade	97
10.9	Cálculo do gotejo dos líquidos em perfusão de acordo com o tempo desejado	99
11	**HEMORRAGIA NO INÍCIO DA GRAVIDEZ**	**100**
11.1	Gravidez Ectópica	100
11.1.1	Definição	100
11.1.2	Causas	100
11.1.3	Classificação	100
11.1.4	Quadro Clínico	100
11.1.5	Diagnóstico	101
11.1.6	Conduta Imediata na Gravidez Ectópica Rota	102
11.1.7	Auto-Transfusão	102
11.1.8	Conduta subsequente	102
12	**HEMORRAGIA ANTES DO PARTO**	**103**
12.1	Placenta Prévia	103
12.1.1	Definição	103

12.1.2	Etiologia	103
12.1.3	Classificação	103
12.1.4	Quadro Clínico e Diagnóstico	104
12.1.5	Conduta	104
12.1.6	Complicações	105
12.2	Descolamento Prematuro da Placenta	105
12.2.1	Definição	105
12.2.2	Etiologia	105
12.2.3	Fisiopatologia	105
12.2.4	Quadro Clínico e Diagnóstico	106
12.2.5	Conduta	106
12.2.6	Complicações	107
12.3	Rotura Uterina	107
12.3.1	Definição	107
12.3.2	Factores Predisponentes	107
12.3.3	Quadro Clínico e Diagnóstico	108
12.3.4	Conduta	108
13	**HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GRAVIDEZ**	**110**
13.1	Classificação	111
13.2	Hipertensão Gestacional Transitória Induzida pela Gravidez	111
13.3	Pré-Eclâmpsia	111
13.3.1	Definição	111
13.3.2	Factores Predisponentes	112
13.3.3	Classificação	112
13.3.4	Diagnóstico da Pré-Eclâmpsia/ Eclâmpsia	112
13.4	Pré-Eclâmpsia Moderada	113
13.4.1	Quadro Clínico	113
13.4.2	Conduta na Pré-Eclâmpsia Moderada	114
13.5	Pré-Eclâmpsia Grave ou Severa	115
13.5.1	Quadro Clínico	115
13.5.2	Conduta	116
13.6	Eclâmpsia	116
13.6.1	Definição	116
13.6.2	Quadro Clínico	116
13.7	Estado Eclâmptico	116
13.7.1	Conduta na Pré-Eclâmpsia/ Eclâmpsia	117
13.7.2	Drogas Anti-convulsivantes e Anti-hipertensivas	118

13.7.3	Parto na Pré-EclâmpsiaGrave e na Eclâmpsia	120
13.7.4	Cuidados no Pós-Parto	120
13.7.5	Transferência para uma unidade sanitária de referência	120
13.7.6	Complicações da Hipertensão Induzida pela Gravidez	121
13.8	Hipertensão Crónica	122
13.8.1	Conduta na Hipertensão Crónica	122
14	**INDUÇÃO E ACELERAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO**	**123**
14.1	Rotura artificial das Membranas	123
14.2	Administração de Oxitocina	124
14.3	Uso do Misoprostol	125
15	**PATOLOGIA NA EVOLUÇÃO DO PARTO**	**126**
15.1	Trabalho de Parto Pré-Termo	126
15.2	Conduta	126
15.3	Rotura Pré-Termo das Membranas (antes das 37 semanas)	128
15.3.1	Diagnóstico	128
15.3.2	Conduta	129
15.4	Amniotite	130
15.5	Trabalho de Parto Arrastado	130
15.5.1	Definição	130
15.5.2	Fase Activa Prolongada	131
15.6	Trabalho de Parto Obstruído	131
15.6.1	Definição	131
15.6.2	Causas	131
15.6.3	Quadro Clínico	131
15.6.4	Conduta	132
15.6.5	Complicações do Parto Obstruído	132
15.7	Actividade Uterina Inadequada (Distócia Mecânica)	132
15.8	Fase Expulsiva Prolongada	133
16	**USO DA VENTOSA**	**133**
16.1	Introdução	133
16.2	Mecanismo de Acção	133
16.3	Indicações para o uso da Ventosa	134
16.4	Condições para o uso da Ventosa	134
16.5	Contraindicações para o uso da Ventosa	135
16.6	Conheça e use bem a Ventosa	135
16.7	Complicações com o uso da Ventosa	142
16.7.1	Complicações Fetais	142

16.7.2	Complicações Maternas	142
16.8	Prolapso do Cordão Umbilical	143
16.8.1	Conduta	143
16.9	Embolia do Líquido Amniótico	144
17	**APRESENTAÇÕES E POSIÇÕES VICIOSAS**	**145**
17.1	Causas	145
17.2	Diganóstico	145
17.3	Apresentação Occipito-Posterior (Bregmática)	146
17.3.1	Definição	146
17.3.2	Quadro Clínico	146
17.3.3	Evolução	146
17.3.4	Conduta	146
17.4	Apresentação de Fronte	147
17.4.1	Definição	147
17.4.2	Evolução	147
17.4.3	Conduta	147
17.5	Apresentação de Face	147
17.5.1	Definição	147
17.5.2	Conduta	147
17.6	Apresentação Composta	148
17.6.1	Definição	148
17.6.2	Conduta	148
17.7	Apresentação Pélvica	148
17.7.1	Quadro Clínico	148
17.7.2	Conduta	149
17.7.3	Indicações para Cesareana na Apresentação Pélvica	149
17.7.4	Parto Pélvico Vaginal	149
17.7.5	Extracção Parcial	150
17.7.6	Dificuldade na Extracção da Cabeça	150
17.7.7	Retenção da Cabeça Última	151
17.8	Situação Transversa	152
17.8.1	Definição	152
17.8.2	Causas	152
17.8.3	Quadro Clínico	152
17.8.4	Conduta	152
18	**SOFRIMENTO FETAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO**	**153**
18.1	Diagnóstico	153

18.2	Conduta Geral	153
18.3	Batimentos Cardiacos Fetais Anormais	153
18.4	Presença de Mecónio	154
19	**MORTE FETAL**	**154**
20	**PATOLOGIAS ASSOCIADAS À GRAVIDEZ E PARTO**	**156**
20.1	Insuficiência Cardíaca	156
20.1.1	Insuficiência Cardíaca devida a Anemia	156
20.1.2	Insuficiência Cardíaca devida a doença Cardíaca	156
20.1.3	Conduta na Insuficiência Cardíaca durante o Trabalho de Parto	156
20.2	Asma Brônquica	157
20.3	Edema Agudo do Pulmão	157
20.3.1	Fisiopatologia	157
20.3.2	Quadro Clínico	158
20.3.3	Tratamento	158
21	**PATOLOGIA DO PÓS-PARTO IMEDIATO**	158
21.1	Hemorragia Pó-parto	158
21.1.1	Definição	158
21.1.2	Causas	159
21.1.3	Diagnóstico	159
21.1.4	Conduta Geral na Hemorragia Pós-Parto	160
21.2	Atonia Uterina	161
21.2.1	Definição	161
21.2.2	Causas	161
21.2.3	Quadro Clínico	161
21.2.4	Conduta	161
21.3	Placenta Retida	163
21.4	Fragmentos de Placenta Retidos	165
21.5	Traumatismo do Canal de Parto	166
21.5.1	Lacerações do Períneo	166
21.5.2	Lacerações da Parede Vaginal e Vulva	166
21.5.3	Lacerações do Colo do Útero	166
21.5.4	Quadro Clínico	166
21.5.5	Conduta na Hemorragia Pós-Traumática	167
21.6	Inversão Uterina	167
21.6.1	Definição	167
21.6.2	Causas	168
21.6.3	Quadro Clínico	168

21.6.4	Conduta	168
21.6.5	Complicações	169
21.7	Hemorragia Pós-Parto Tardia	169
22	**FEBRE DURANTE A GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO**	**170**
22.1	Definição	170
22.2	Diganóstico	170
22.3	Conduta Geral	171
22.3.1	Princípios Gerais na Administração de Antibióticos	172
22.3.2	Administração de Antibióticos Profiláticos	172
22.3.3	Administração de Antibióticos Terapêuticos	172
22.3.4	Esquemas Terapêuticos Alternativos	173
22.4	Infecções do Trato Urinário	174
22.4.1	Cistite	174
22.4.2	Pielonefrite Aguda	175
22.5	Malária na Gravidez e Puerpério	176
22.5.1	Malária Não Complicada na Gravidez e Puerpério	176
22.5.2	Malária Complicada na Gravidez e Puerpério	177
22.6	Febre Puerperal	178
22.6.1	Conduta Geral na Febre Puerperal	180
22.7	Deiscência e Infecção da Episiotomia	180
22.8	Sépsis Puerperal	182
22.9	Peritonite	184
22.10	Engorgitamento das Mamas	184
22.11	Infecções das Mamas	185
22.11.1	Mastite	185
22.11.2	Abcesso da Mama	186
22.12	Infecções das Feridas Perineais e Abdominais	186
22.12.1	Abcesso, Seroma e Hematoma da Ferida	187
22.12.2	Celulite da Ferida e Fasceíte Necrosante	187

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	**Diferença entre o TP verdadeiro e o falso TP**	**32**
Tabela 2	Padrões normais dos Períodos do Parto	35
Tabela 3	Profilaxia ARV para PTV, mãe e recém-nascido	39
Tabela 4	Preparação de uma solução de lidocaína a 0,5%	60
Tabela 5	Como calcular dextrose a 10% a partir de Dextrose a 30% e a 5%	61
Tabela 6	Uso de Antibiótico nos casos de Infecção severa no RN	63
Tabela 7	Tabelas de Parkin para avaliação da Idade Gestacional do RN	66
Tabela 8	Boas práticas para a Amamentação	67
Tabela 9	Preparação de uma solução de Lidocína a 0,5%	71
Tabela 10	Fórmulas para a preparação de soluções de lidocaína	72
Tabela 11	Funções Vitais dos COEm e patologias principais	73
Tabela 12	Avaliação inicial rápida da mulher com um problemas	73
Tabela 13	Diagnóstico de dor abdominal no início da gravidez	79
Tabela 14	Diagnóstico de dor no fim da gravidez e após o parto	80
Tabela 15	Diagnóstico de dificuldade respiratória	82
Tabela 16	Diagnóstico de cefaleias, visão turva, convulsões ou perda da consciência, TA elevada	82
Tabela 17	Diagnóstico de perdas vaginais na fase tardia da gravidez	86
Tabela 18	Tabela de alguns volumes em gotas / tempo	99
Tabela 19	Prevenção da hipertensão induzida pela gravidez	110
Tabela 20	Dicas sobre a pré-eclâmpsia	112
Tabela 21	Esquema do sulfato de magnésio para Pre-eclâmpsia grave e eclâmpsia	118
Tabela 22	Esquema de diazepam para pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia	119
Tabela 23	Drogas anti-hipertensivas	119
Tabela 24	Velocidades da infusão de oxitocina para indução do T.P	124
Tabela 25	Drogas tocolíticas para as contrações uterinas	127
Tabela 26	Tabela de conversão das ventosas	137
Tabela 27	Alterações dos batimentos cardíacos fetais	153
Tabela 28	Diagnóstico de hemorragia vaginal pós-parto(HPP)	159
Tabela 29	Uso de drogas oxitócicas no caso de hemorragias pós-parto	163
Tabela 30	Diagnóstico de febre durante a gravidez, parto e pós-parto	170
Tabela 31	Diagnóstico de febre depois do parto	178

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	**Diâmetros Antero-posteriores da pélvis**	**26**
Figura 2	Pélvis da mulher, vista inferior	26
Figura 3	Tipos de apresentações cefálicas	28
Figura 4	Apresentação composta	28
Figura 5	Apresentação pélvica	28
Figura 6	Situação transversa	29
Figura 7	Apresentação de espádua	29
Figura 8	Manobras de Leopold	30
Figura 9	Apagamento e dilatação do colo	31
Figura 10	Posições que a mulher pode adoptar durante o trabalho de parto	32
Figura 11	As posições que uma mulher pode adotar durante o parto	33
Figura 12	Mecanismos de descolamento da placenta	34
Figura 13	Avaliação da descida da cabeça do feto por exame vaginal	46
Figura 14	Descida da cabeça avaliada por palpação abdominal	47
Figura 15	Exemplo de partograma para trabalho de parto normal	49
Figura 16	Incisões de episiotomia	51
Figura 17	Posição correcta da cabeça para ventilação	58
Figura 18	Ventilação com ambú	58
Figura 19	A posição de litotomia	77
Figura 20	Desbridamento	89
Figura 21	Gravidez Ectópica	101
Figura 22	Tipos de placenta prévia	103
Figura 23	Tipos de sangramento no Descolamento Placentar	106
Figura 24	Útero de couvelaire	107
Figura 25	Variedades de Rotura uterina	108
Figura 26	Rotura uterina com feto na cavidade abdominal	109
Figura 27	Doente em convulsão	116
Figura 28	Efeito do copo da ventosa	134
Figura 29	Ventosa de Malmstrom (com copo metálico)	136
Figura 30	Direcção correcta da tracção antes do vértice se apresentar na púbis: Puxe para baixo	140
Figura 31	Puxe para cima quando a cabeça aparecer	141
Figura 32	Posição geno-peitoral	143
Figura 33	Pontos de referência no crâneo do feto	145

Figura 34	Posições occipto transversas	146
Figura 35	Apresentação de fronte	147
Figura 36	Apresentação de Face	147
Figura 37	Apresentação composta	148
Figura 38	Apresentação pélvica	148
Figura 39	Extracção parcial	150
Figura 40	Manobra de Mauriceau	151
Figura 41	Situação transversa	153
Figura 42	Compressão bimanual do útero	162
Figura 43	Compressão da aorta abdominal e palpação do pulso femoral	163
Figura 44	Remoção manual da placenta	165
Figura 45	Inversão uterina	167
Figura 46	Reposição do útero	168

SIGLAS E ABREVIATURAS

COEm	Cuidados Obstétricos de Emergência
COEmB	Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos
COEmC	Cuidados Obstétricos de Emergência Completos
CTG	Cardiotocografia fetal
DCP	Desproporção cefalo-pélvica
dL	decilitro
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DTS	Doença de Transmissão Sexual
F.F	Foco Fetal
g	grama
HAP	Hemorragia ante-parto
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPP	Hemorragia Pós-Parto
HTA	Hipertensão Arterial
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IM	Intramuscular
IV	Intravenoso
kg	quilograma
L	litro
mcg	micrograma
mg	miligrama
ml	mililitro
OMS	Organização Mundial de Saúde
PI	Prevenção de Infecção
PE	Pré-Eclâmpsia
PE-E	Pré-Eclâmpsia – Eclâmpsia
PTV	Prevenção da Transmissão do HIV da Mãe para o Filho
SIDA	Síndroma de Imunodeficiência Adquirida
TA	Tensão arterial
TP	Trabalho de Parto

1 INTRODUÇÃO

A morte de uma mulher, devido a complicações da gravidez ou parto, constitui uma tragédia no seio da família e uma grande perda na sua comunidade, pois a mulher é, em geral, o suporte moral, social e económico da família e da comunidade. A morte materna também afecta o desenvolvimento das crianças, pois as crianças de mães falecidas são as que sofrem mais, porque têm 3 a 10 vezes mais probabilidades de morrer no período de 2 anos após a morte da mãe e estão em maior risco de obter menos cuidados de saúde e de educação à medida em que elas crescem.

Uma assistência adequada à mulher durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, assim como a provisão dos cuidados essenciais ao recém-nascido e os cuidados de emergência obstétricos e neonatais, pode contribuir muito para reduzir a morbi-mortaliade materna, perinatal e neonatal e assegurar a saúde das mulheres e dos seus filhos. Para isto, é necessário compreender as bases da assistência efectiva e as melhores práticas para o manejo das principais patologias ou complicações durante a gravidez, o parto e o puerpério.

Pelo que, são objectivos deste manual os seguintes:

1. Munir o pessoal de saúde, particularmente aquele que trabalha na atenção materna e neonatal, dos conhecimentos e capacidades técnicas necessários para prestar assistência humanizada à mulher e ao recém-nascido durante o trabalho de parto, o parto e pós-parto normal

2. Melhorar a capacidade de diagnóstico e manejo efectivo das principais Complicações Obstétricas e neonatais, incuindo a reanimação do recém-nascido

3. Uniformizar as normas de condutas clínicas

4. Assegurar a disponibilidade de material de apoio na formação contínua sobre Cuidados Obstétricos e Neonatais Essenciais e de Emergência.

2 MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL EM MOÇAMBIQUE

Todos os anos, no Mundo inteiro, morrem cerca de 585,000 mulheres por complicações devidas à gravidez e parto, o correspondente a 1,600 mulheres por dia, das quais 90% ocorrem nos países em desenvolvimento, entre os quais Moçambique figura com uma das mais elevadas Taxas de Mortalidade Materna, calculada em 520 mortes maternas por cada 100,000 nados vivos.[2]

Morte Materna, é a morte de uma mulher por complicação directamente relacionada com a gravidez, parto ou ao longo dos 42 dias após o parto, independentemente da localização e duração dessa gravidez, ou por qualquer outra doença/condição ou situação preexistente, que tenha sido agravada ou precipitada pela gravidez ou parto.

Morte Perinatal é a morte do feto com mais de 28 semanas de gravidez ou do recém-nascido até 7 dias após o nascimento.

Morte Neonatal, é a morte de um recém-nascido desde a altura do nascimento até ao 28º dia de vida.

A informação mais recente em relação à Mortalidade Materna em Moçambique é reportada pela Avaliação Nacional das Necessidades sobre a saúde materna e neonatal, realizada em 2007/2008, pelo Ministério da Saúde. Esta avaliação revelou que o Rácio da mortalidade materna intrahospitalar é muito alto com valores de 473 mortes por 100,000 nados vivos. Este racio tão alto da mortalidade intrahospitalar pode dar uma ideia da situação da mortaliade materna na população em geral.

Apesar de que factores socio-culturais podem influenciar negativamente a saúde da mulher e do recém nascido, os cuidados de saúde tem uma importância destacada na prevenção das mortes maternas e neonatais, devendo portanto as unidades sanitarias serem acessíveis, estarem devidamente equipadas e com profissionais competentes, de modo a oferecer serviços oportunos, de qualidade e humanizados.

De igual maneira a mortalidade neonatal é também muito alta no País, com taxas de 38 mortes por cada 1,000 nascidos vivos[3]. Relativo às causas de mortes dos recém-nascidos em Moçambique, a Avaliação Nacional das Necessidades, reportou a prematuridade como sendo a principal causa, contribuindo com 50% destas mortes; a Asfixia, com 32%; a Sepsis neonatal, com 29%; a broncopneumonia aspirativa, com 13% e a hipoglicemia, com 13%. Foi também evidenciado que aproximadamente 81% destas mortes ocorrem durante a primeira semana de vida e 32% no primeiro dia, confirmando a nessecidade de uma atenção adequada e efectiva durante a gravidez, o parto e o período pos-natal.

[2] Inquerito Demográfico e de Saúde-2003
[3] Inquerito de Indicadores Multiplos - 2008

3 ATENÇÃO HUMANIZADA

A humanização da assistência à mulher e ao recém-nascido durante a gravidez, parto e o nascimento é uma premissa importante, útil e actual. A forma humanizada, respeitosa e carinhosa com que tratamos as mulheres determina uma maior confiança para com os serviços, maior procura para um parto institucional e a possibilidade de intervenção atempada, com consequente redução da morbilidade e mortalidade materna e neonatal.

3.1 Definição de Atenção Humanizada

Em relação ao parto, o termo "humanizar" remete a uma atenção que assenta no reconhecimento e respeito pelos direitos fundamentais das mães, recém-nascidos e familiares. Isto Inclui o direito à informação; à escolha de pessoas e formas de assistência no parto; à preservação da integridade corporal e a assistência adequada à saúde das mães e recém-nascidos; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal e familiar; o apoio emocional e social e a protecção contra abusos e negligências.

A atenção humanizada consiste num conjunto de acções desenvolvidas ou mediadas pelo trabalhador de saúde que visam o melhor conforto e segurança para a mãe e o seu recém-nascido.

A humanização na atenção ao parto passa por uma mudança de atitude por parte dos trabalhadores de saúde, os quais devem considerar e respeitar os sentimentos, preferências e valores culturais das mulheres atendidas.

Existem também evidências de que o momento do nascimento, e a forma como ele ocorre, tem influência sobre o bom desenvolvimento da criança.

3.2 Práticas que constituem uma assistência humanizada e de qualidade no parto e nascimento[4]

As práticas apresentadas a seguir são comprovadamente benéficas, e devem ser estimuladas e implementadas na assistência humanizada ao parto e ao nascimento. Estas práticas compreendem não só um atendimento cordial mas também cuidados de saúde apropriados.

[4] Recomendações da OMS para a assistência humanizada ao parto *(http://www.who.int/reproductive-health/publications)*.

Cuidados durante o trabalho de parto e o parto:

1. **Criar condições, encorajar e permitir a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e o parto,** de acordo com o desejo da gestante e sempre que for possivel**.** O trabalho de parto e o parto são períodos de preocupação e stress para a mulher e a presença de acompanhante, da sua confiança, contribui para o seu bem estar e para redução de angústias e complicações. Assim, é tarefa do trabalhador de saúde:
   - Explicar que é possível e permitir a presença dum acompanhante do sexo feminino, ou do sexo masculino no caso de a US poder assegurar condições de privacidade.
2. **Proporcionar acomodação e leito adequados e satisfatórios** em limpeza, ventilação e iluminação. No caso de superlotação das camas da maternidade, explicar gentilmente o facto às parturientes e criar condições mínimas de conforto até que a situação se normalize.
3. **Garantir a privacidade** com a disponibilização de quartos/áreas individuais para cada gestantes ou com a colocação e permanência fisica de biombos/divisórias entre as camas nas salas de dilatação.
4. **Ter um horário flexível para entrega da alimentação**.
5. **Garantir casas de banho limpas, com água** (se possível com a opção de quente) **e sabão** para o banho da mulher e **vestiário adequado**.
6. **Oferta de batas para as parturientes e puérperas**, podendo elas usarem as suas roupas pessoais caso desejarem.
7. **Assegurar suporte contínuo, boa comunicação interpessoal e atendimento cordial à mulher durante o trabalho de parto e o nascimento**. È importante conversar com gentileza e com frequência com a mulher, transmitir confiança, segurança e profissionalismo.
8. **Preparar e implementar um plano de parto para providenciar os melhores cuidados durante o trabalho de parto e o nascimento**, de acordo com os achados da história clínica, o exame e as preferências da mulher. Neste âmbito, o trabalhador de saúde deverá:
   - **Perguntar à mulher**: Quando foi a última vez que ela comeu e bebeu algo; qual foi o último medicamento que tomou antes de ir à maternidade e a que horas; que posição gostaria de adoptar durante o parto (deitada de costas, de cócoras, ajoelhada, etc) e se tem dúvidas ou preocupações sobre o trabalho de parto e o parto.
   - **Orientar a mulher sobre a importância de**: Ir à casa-de-banho com frequência para esvaziar a bexiga; beber líquidos e comer comida leve sempre que desejar, quando não houver prévia indicação de cesariana; caminhar, e tomar banho quando desejar.

- **Informar sobre:** os sintomas das fases do trabalho de parto e como aliviá-los, a evolução do trabalho de parto e parto (aumento da intensidade e frequência das contracções, periodicidade dos exames/auscultação fetal em cada 30min, possíveis posições para o parto, cuidados imediatos com o recém-nascido) e esclarecer possíveis dúvidas.
- **Perguntar à mulher sobre o seu plano de aleitamento:** materno ou artificial (especialmente para as mães HIV+) e dar aconselhamento de suporte para a escolha a todas as mulheres tendo em conta os critérios de Acessibilidade, Viabilidade, Segurança nutricional e Sustentabilidade **(AVASS).**
  - ***Acessível:*** A mãe e a família, com o apoio da comunidade ou dos serviços de saúde, se necessário, tem capacidade para custear a compra, a produção, a preparação e o uso do alimento substituto, incluindo todos os ingredientes, combustível, água potável, sabão e equipamento, sem comprometer a saúde e a nutrição da família. Inclui também o acesso a cuidados médicos para o tratamento de diarreias, se necessário, e os custos desses cuidados.
  - ***Viável:*** A mãe (ou a família) tem tempo adequado, conhecimentos, habilidades e outros recursos para preparar o alimento substituto e alimentar a criança até 12 vezes em 24 horas.
  - ***Aceitável:*** A mãe não sente nenhuma barreira à substituição da alimentação.
  - ***Sustentável*:** Há disponibilidade de um sistema de distribuição com um fornecimento contínuo e sem interrupções, de todos os ingredientes e produtos necessários para uma alimentação de substituição segura, durante todo o tempo que a criança precisar, até um ano de idade ou mais tempo.
  - ***Segura*:** O alimento substituto é preparado e guardado correcta e higienicamente e, a criança é alimentada com quantidades nutricionalmente adequadas. A preparação é feita com as mãos limpas e usando utensílios limpos, de preferência com um copo.

9. **Ter água para beber e copos disponíveis a todo o momento e de fácil acesso.**
10. **Oferecer chá com pão e sopas na maternidade** de acordo com o período de refeição do dia.
11. **Estimular a deambulação e liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto**
12. **Realizar uma monitorização cuidadosa do progresso do parto** por meio do uso correto do partograma para tomada de decisões atempadas e actualização do plano do parto.
13. **Estimular posições mais verticalizadas (não deitada de costas) durante o parto.**
    - Evidências científicas demonstraram a vantagem das posições verticais, principalmente a de cócoras, em relação à posição tradicional para o parto. Na falta de uma cama ou cadeira apropriada, o parto de cócoras poderá ser assistido na própria cama da parturiente.

    - O parto de cócoras para além de favorecer o nascimento, por estar a favor da gravidade, possibilita o contacto mais precoce entre o recém-nascido e a sua mãe, tornando este momento mais gratificante para a mãe ou o casal e benéfico para o futuro desenvolvimento da criança.

Realizar a avaliação rápida após o nascimento e providenciar os cuidados humanizados ao recém-nascido

1. Receber, secar bem o recém-nascido de forma a evitar a hipotermia e certificar-se de que ele está a respirar normalmente.
2. Fazer a laqueação do cordão umbilical
3. Mostrar o sexo do recém-nascido à mãe e informar sobre as condições de saúde do seu bebé.
4. Se o RN está a respirar normalmente, colocá-lo após a laqueação do cordão umbilical em contacto físico directo pele-a-pele no peito ou abdómen da mãe e aconselhar a amamentação imediata se esta tiver sido a opção de aleitamento da mãe (numa circunstância de mãe seropositiva).
5. Ensinar as boas práticas da amamentação: posição, pega da mama, amamentação fequente a pedido do recém nascido e exclusiva até os 6 meses, e apoiar a mãe nas primeiras mamada.
6. **Controlar cuidadosamente a mulher e o recém-nascido, por pelo menos duas horas depois do parto** para assegurar o bem estar da mãe e filho e para providenciar cuidado imediato em caso de alguma anormalidade.
   Avaliar a mulher e o recém-nascido durante a primeira hora de 15 em 15 minutos e na segunda hora a cada 30 minutos para observar:
   - A respiração e temperatura do bebé
   - A tensão arterial da mãe
   - A temperatura da mãe
   - Se o útero se mantem contraído
   - Se há sangramento vaginal anormal
7. **Proporcionar quarto ou local apropriado para internamento da mulher em casos de perda fetal, sempre que as condições físicas da maternidade o permitir.**
8. **Permitir a visita de familiares e amigos:** pelo menos 1 pessoa próxima consentida pela puérpera, fora das horas normais de visita.
9. **Dar orientações na alta:**
   - Encaminhar para a consulta pós-natal (dentro da primeira semana após o parto). Explicar os objectivos e vantagens desta consulta e do planeamento familiar pós-parto para espaçamento das gravidezes para assegurar o bem estar da mãe do recém-nascido.
   - Orientar sobre a necessidade de retorno imediato à US caso ocorra algum dos seguintes sinais ou sintomas de alarme no puerpério com a mãe ou com o recém-nascido:
     - Na mãe: sangramento vaginal, lóquios com mau cheiro, febre dificuldades respiratórias, dores de cabeça fortes, distúrbios/visuais, dores abdominais fortes e convulsões ou perda de consciência;
     - No recém-nascido: alteração da respiração; dificuldade ou paragem da sucção (bébé deixa de mamar); choro anormal ou persistente; letargia/fraqueza;

convulsões; secreção purulenta nos olhos; vermelhidão periumbilical e/ou cheiro fétido no coto umbilical; icterícia; cianose; dificuldade de defecar ou urinar; fontanela abaulada; hipotermia/hipertermia.

3.3 Promoção da Ligação entre o Serviço de Saúde e a Comunidade e Criar um Ambiente melhorado de Cuidados de Saúde

A Unidade Sanitária deve fazer esforços para criar um ambiente acolhedor para as mulheres, famílias e comunidades. Deste modo, os provedores de saúde devem:

1. envolver membros da comunidade no Comité de Qualidade e Humanização da US ;

2. identificar pessoas chave na comunidade e convidá-las a visitarem a Unidade Sanitária para conhecerem quais são as funções e o papel da Unidade Sanitária, assim como os seus constrangimentos e limitações ;

3. criar oportunidades para a comunidade ver a Unidade Sanitária como uma Unidade de bem-estar (p. ex. através de campanhas de vacinação e programas de despiste de certas doenças).

Satisfazer as Necessidades das Mulheres

Para aumentar da utilização pelas mulheres e comunidade em geral, dos serviços prestados, aunidade sanitária, deve estar disposto a avaliar e melhorar os cuidados por ela oferecidos e deve criar um ambiente culturalmente sensível e confortável que:

1. respeite o pudor e privacidade da mulher;

2. acolha com prazer o agregado familiar;

3. Assegure um local confortável para a mulher e/ou seu recém-nascido (p. ex. cama de parto mais baixa, quarto aquecido e limpo).

Elaborando um Plano cuidadoso, a Unidade Sanitária pode criar este ambiente sem interferir com a sua capacidade de dar resposta a complicações ou emergências.

4 ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL

4.1 Definição de Parto Normal

Para definir o parto normal devem ser considerados o risco da gravidez e a evolução do trabalho de parto. É bom ter em conta que uma grávida considerada de baixo risco no início do trabalho de parto, pode vir a ter complicações. Por outro lado, muitas grávidas de alto risco ao final têm uma evolução sem complicações. Sendo assim é necessário uma avaliação rigorosa das necessidades da parturiente e do prognóstico do parto para uma boa tomada de decisão em relação ao parto e para uma boa assistência.

Idealmente um parto é considerado normal quando inicia espontaneamente entre 37 e 42 semanas de gestação; é de baixo risco desde o início do trabalho de parto até o nascimento; o bebé nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice e após o nascimento, mãe e filho estão em boas condições.[i]

4.2 Características da Pélvis Materna e Fetais

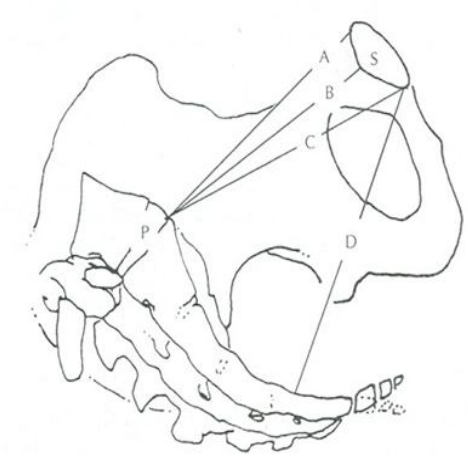
Para um diagnóstico correcto e seguimento adequado, é necessário conhecer as condições que podem afectar o curso do trabalho de parto, e determinar sua conduta. Conhecer a pélvis e as caracteristicas fetais ajudam a um melhor diagnóstico e seguimento do trabalho de parto.

4.2.1 A Pélvis feminina

A pélvis é constituída por partes moles e quatro ossos, os quais são os seguintes: o sacro, o cóccix e o par de ossos ilíacos formados pela fusão do íleon, do ísquion e do púbis. Os ossos ilíacos (Fig. 1e 2) ligam-se firmemente ao sacro através das sincondroses sacro- ilíacas e entre si através da sínfise púbica. Na descrição desta estrutura consideram-se quatro planos imaginários: **estreito superior**, **escavação pélvica**, **estreito inferior** e **plano das maiores dimensões pélvicas**.

Estreito Superior: É limitado posteriormente pelo promontório e pelas asas do sacro, lateralmente pelas linhas íleo-pectíneas e anteriormente pelos ramos horizontais dos ossos púbicos e sínfise púbica. Neste plano descrevem-se quatro diâmetros (Fig.2), sendo que, do ponto de vista obstétrico, o mais importante é o diâmetro ântero-posterior que corresponde à menor distância entre o promontório e a sínfise púbica, designado conjugado obstétrico.

Figura 1 - Diâmetros Antero-posteriores da pélvis



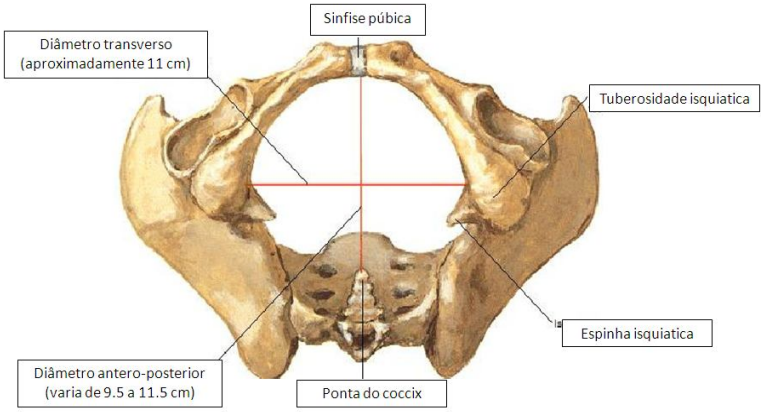
Diâmetros ântero-posteriores do estreito superior.
A – Conjugado verdadeiro
B – Conjugado obstétrico
C – Conjugado diagonal

Diâmetro ântero-posterior da escavação pélvica –D
P – Promontório
S – Sínfise púbica

Escavação Pélvica: Trata-se de um canal em forma de J, com a face posterior formada pela concavidade do sacro e a anterior, constituída pela face posterior do púbis. Este canal sofre um estreitamento devido à protusão das espinhas isquiáticas, ao nível das quais se situa o menor diâmetro pélvico (diâmetro interespinhoso).

Estreito Inferior: Corresponde ao orifício de saída da bacia. Neste plano descrevem-se três diâmetros mas, o mais importante, em termos obstétricos, é o diâmetro sagital posterior, que mede a distância na perpendicular entre a extremidade do sacro e a linha intertuberositária. Em casos de estreitamento da porção média da pélvis ou do estreito inferior, um diâmetro sagital posterior superior a 7,5cm aumenta a possibilidade de parto por via vaginal.

Figura 2 - Pélvis da mulher, vista inferior



Canal de Parto: O canal de parto é formado pela estrutura óssea da pequena bacia e por vários tecidos (**partes moles**) que, em conjunto, formam o pavimento pélvico. Estes últimos são, de dentro para fora: peritoneu; tecido conjuntivo subperitoneal; fascia pélvica interna; músculos coccígeo e elevador do ânus; fáscia pélvica externa;

fáscia e músculos superficiais; tecido celular subcutâneo; pele. As estruturas mais importantes são os músculos elevadores do ânus e as fáscias que os cobrem interna e externamente. Os músculos superficiais – bulbo- cavernoso, ísquio-cavernoso e músculos transversos do períneo – não têm importância obstétrica, excepto nas lesões perineais em que sejam lesados.

4.2.2 O Feto e sua relação com a Pélvis

O conhecimento da relação exacta entre a posição do feto e a pélvis da mãe, é importante na condução do trabalho de parto.

ATITUDE FETAL: Postura que o feto adopta em relação a si mesmo. A mais frequente é a de dorso flectido, a cabeça dobrada para frente, o queixo junto ao tórax e pernas e braços flectidos chamada "posição fetal"

Salvo raras excepções o eixo longitudinal do feto fica paralelo ao eixo longitudinal da mãe, e mais frequentemente a cabeça está voltada para baixo. O feto toma esta atitude nos últimos meses da gravidez.

SITUAÇÃO: Relação existente entre o grande eixo do feto e o grande eixo da mãe. Ela pode ser longitudinal, transversal e oblíqua.

- Na situação longitudinal o grande eixo do feto está paralelo ao grande eixo da mãe.
- Na situação transversa o grande eixo do feto está perpendicular ao grande eixo da mãe.
- Na situação oblíqua os eixos estão cruzados.

4.2.3 Apresentação Fetal

A apresentação é definida pela parte do corpo do feto que se encontra mais próximo do canal do parto e que se palpa quando se faz o toque vaginal. Dependendo da parte que se apresenta pode ser cefálica, pélvica ou de espádua.

Tipos de apresentação (figuras 3, 4 e 5)

I. Apresentação cefálica: A parte apresentada é a cabeça fetal. Pode ser:

A. **Apresentação de vértice** - a parte apresentada é a fontanela posterior.

B. **Apresentação occipito posterior (bregmática)** - a parte apresentada é a fontanela anterior.

C. **Apresentação de fronte** - a parte apresentada é a fronte, pode-se tocar as arcadas orbitárias.

D. **Apresentação de face** – a face está mais anterior no canal de parto. Toca-se o nariz e a boca.

Figura 3 - Tipos de apresentações cefálicas

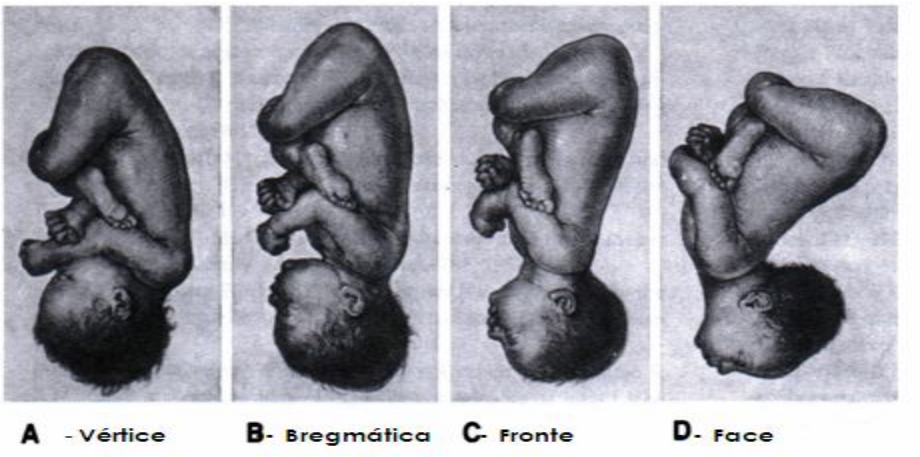
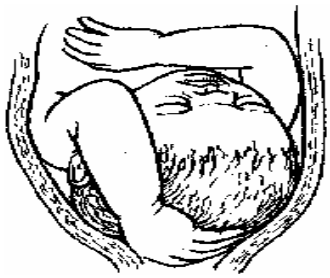


Figura 4 Apresentação composta

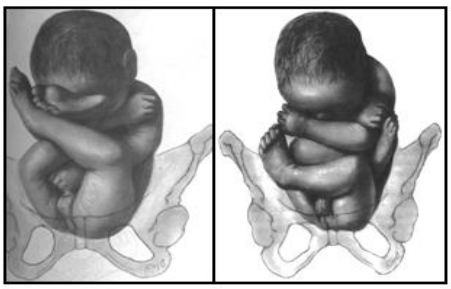


Por vezes a parte apresentada é a cabeça e mão e chama-se **apresentação composta (Fig.4)**

II. Apresentação pélvica (fig 5): A parte apresentada é a pélvis fetal e pode ser:

- Pélvica franca - toca-se a crista sagrada e ânus do feto**.**
- Pélvica incompleta - Podálica - tocam-se os pés do feto.
- Pélvica completa - toca-se a crista sagrada, ânus e pés do feto.

Figura 5 - Apresentação pélvica



Pélvica franca

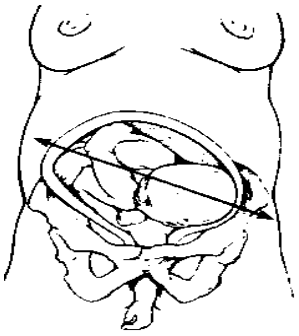
Pélvica-incompleta - Podálica

Pélvica completa

III. Apresentação de espádua (figura 7): Quando toca-se o ombro, o cotovelo ou o membro superior no canal vaginal. Surge nas situações transversas

Figura 6 - Situação transversa

Figura 7 - Apresentação de espádua



4.2.4 Diagnóstico da apresentação e da situação Fetal

O diagnóstico clínico da apresentação e situação fetal é determinado pela palpação abdominal e pelo toque vaginal. A palpação abdominal deverá ser realizada de maneira sistemática, em todas as mulheres grávidas, mesmo sem estar em trabalho de parto e utilizando as quatro **Manobras de Leopold (figura 8)**, que compreendem:

1ª Manobra: identifica o conteúdo do fundo uterino, se é a cabeça ou pélvis fetal.

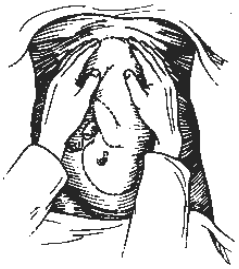
2ª Manobra: permite localizar o dorso fetal, se está à direita, esquerda ou transverso em relação à mãe.

3ª Manobra: confirma a impressão obtida na primeira manobra, determinando a parte apresentada, cabeça ou pélvis fetal.

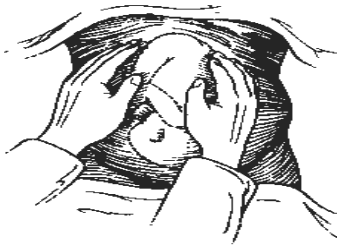
4ª Manobra: confirma se a parte fetal apresentada está móvel ou encaixada na pélvis materna.

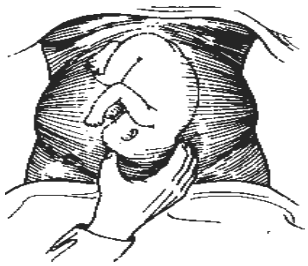
Figura 8 - Manobras de Leopold

Primeira manobra

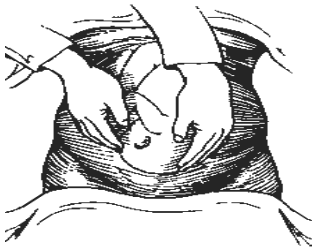


Segunda manobra





Terceira manobra



Quarta manobra

4.2.5 Batimentos cardíacos Fetais ou Foco Fetal (FF)

As carasteristicas dos batimentos cardiacos fetais (FF) indicam o bem-estar fetal.

- Um foco normal varia entre **120 e 160** batimentos por minuto (bpm), sendo o valor médio de 140 bpm.
- A auscultação do FF depende da apresentação fetal. Se o feto é cefálico, o FF é ouvido abaixo do umbigo materno e se o feto é pélvico, acima do umbigo materno.
- Durante a contracção uterina há uma diminuição fisiológica do foco e após a contracção, o foco normalmente aumenta de intensidade; pelo que, é recomendada a sua auscultação logo após as contracções uterinas.
- **Se ao ser auscultado como recomendado (após a contração uterina), o foco descer abaixo dos valores normais durante 30 segundos, pode ser um sinal de sofrimento fetal**.

Quando a gravidez é gemelar, devem escutar-se dois focos mas, para ter a certeza que estamos auscultando dois FF diferentes, entre eles deve haver uma zona de silêncio com mais de 10 centrimetros. Também a frequência dos batimentos do 1º feto pode ser diferente da frequência do 2º feto.

Algumas vezes o foco fetal é de tal maneira baixo que com muita frequência é confundido com ruídos de origem materna. Perante esta situação a parteira deve comparar simultaneamente os batimentos que estão sendo auscultados ao pulso

materno. **Se os sons coincidirem, muito provavelmente estará auscultando o som da aorta abdominal materna (sinal de Boero) e estará perante uma morte fetal intrauterina. Se não coincidirem estará perante um sofrimento fetal.**

O FF muitas vezes apresenta-se taquicárdico (superior a 160 batimentos por minuto) quando a mãe apresenta hipertermia.

4.3 Fases clínicas do Trabalho de Parto

O Trabalho de Parto (TP) compreende o conjunto de fenómenos fisiológicos que conduz à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior.

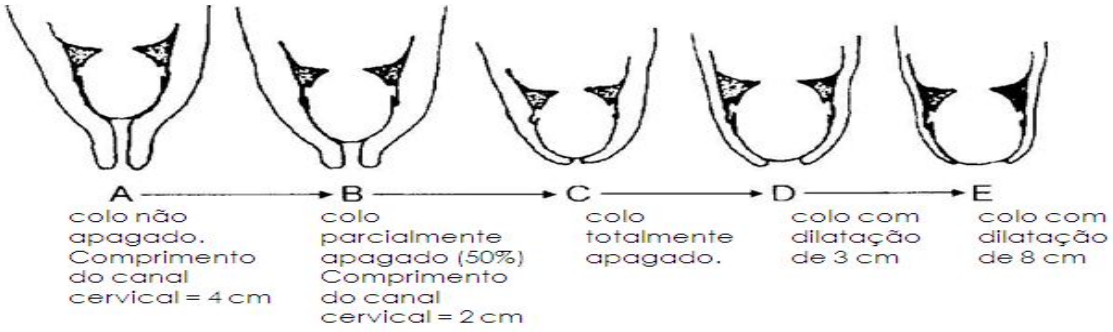
O trabalho de parto começa com contracções uterinas fracas pouco frequentes, com intervalos de 10 a 30 minutos entre uma e outra contracção. Estas contracções tornam-se cada vez mais frequentes e dolorosas, até que o intervalo entre elas seja aproximadamente de 2 a 3 minutos. O trabalho de parto divide-se em 4 períodos:

1º PERÍODO:

Compreende duas fases:

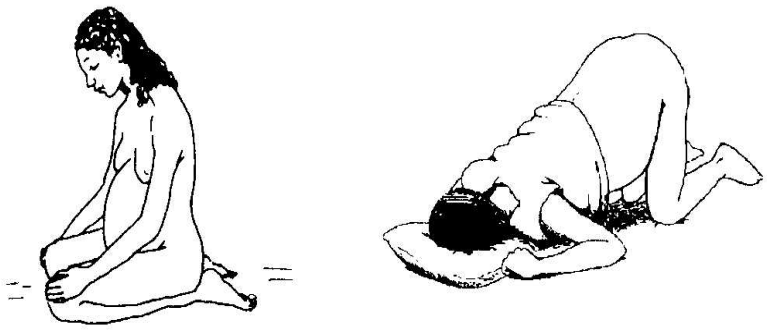
- **Fase latente:** É a fase inicial e mais lenta deste período, e culmina com a dilatação do colo até aos 3 cm. É variável de uma mulher para outra.
- **Fase activa**: inicia quando o colo alcança 4 cm até atingir a dilatação completa. Neste período as contracções uterinas são de 2 a 3 contracções em 10 minutos, com a duração de 30 a 90 segundos e uma intensidade moderada a forte e o colo do útero normalmente dilata de 1 a 1,5 cm/h.

Figura 9 - Apagamento e dilatação do colo


A
B
C
D
E
colo não apagado. Comprimento do canal cervical = 4 cm
colo parcialmente apagado (50%) Comprimento do canal cervical = 2 cm
colo totalmente apagado.
colo com dilatação de 3 cm
colo com dilatação de 8 cm

Este período pode durar até 12 horas na nulípara, e 9 horas na multípara e é normalmente neste período que ocorre a rotura das membranas. São recomendadas algumas posicões neste período (figura 10), para além da posição lateral esquerda (decúbito lateral esquerda), que são favoráveis para a progressão da dilatação e o bem-estar fetal.

Figura 10 – Posições alternativas que a mulher pode adoptar durante o trabalho de parto



4.3.1 Critérios para diferenciar o TP verdadeiro do TP falso

No final da gravidez podem aparecer contracções com uma frequência irregular, incómodas mas de pouca intensidade, que não conduzem à dilatação do colo do útero, podendo-se tratar de um falso trabalho de parto.

Tabela 1 - Diferença entre o Trabalho de Parto (TP) verdadeiro e o falso

Aspectos	TP Verdadeiro	TP Falso
Contracções	Regulares	Irregulares
Intervalos das contrações	Cada vez mais reduzidas	Sem alteração
Duração das contrações	Aumento gradual	Sem alteração
Intensidade das contrações	Aumento gradual	Sem alteração
Alterações de colo	Dilatação e apagamento	Sem alteração
Descida da apresentação	Progressiva	Sem alteração
Localização da dor	Região Lombar e abdómen	Apenas no abdomen
Acção dos analgésicos	As contracções continuam	As contracções cessam

É importante conhecer todos estes aspectos para diferenciar o trabalho de parto verdadeiro do falso trabalho de parto (contrações de Braxton Hicks), ou mesmo da fase latente do trabalho de parto (pródromos), evitando-se, assim, internamentos desnecessários e/ou precoces.

A paciente com falso trabalho de parto ou no período prodrómico deve ser orientada quanto ao seu quadro e enviada de volta a sua casa, se vive perto da

unidade sanitária, tomando-se o cuidado, nestes casos, de orientá-la para retornar à unidade sanitária quando as contrações estiverem mais intensas, frequentes e regulares.

As pacientes que têm sua residência longe da unidade sanitária, ou que possuem factores maternos que ponham em risco a vida da mãe ou do feto, ou anomalias nos batimentos cardio-fetais ou outra anomalia relaccionada com o feto, devem ser mantidas em observação e reavaliadas segundo o seu progresso.

Se a mulher se queixar de perda de sangue ou de líquido, tendo idade gestacional igual ou superior a 28 semanas, NÃO faça toque vaginal.

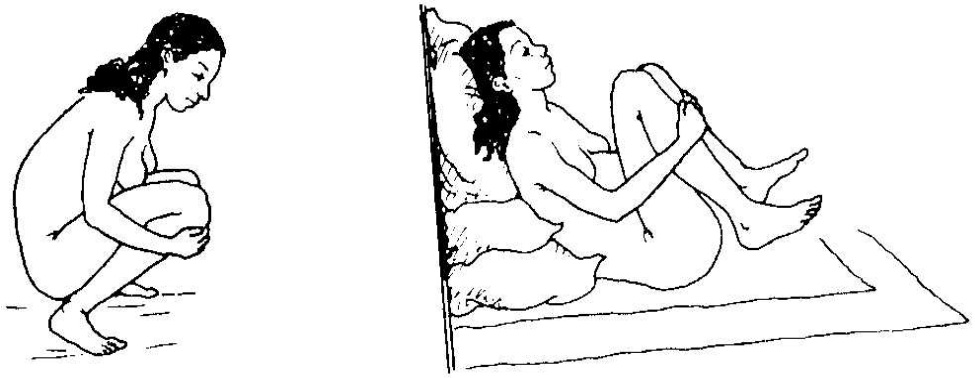
2º PERÍODO:

Período expulsivo: começa com a dilatação completa do colo e termina com a expulsão total do feto. O início deste período é marcado pelos seguintes sintomas:

- a mulher sente vontade de puxar e de defecar, porque a "bolsa das águas" ou a apresentação se expõe e passa através do colo dilatado, pressionando o recto;
- Frequentemente há ruptura espontânea das membranas,
- Geralmente a dilatação do colo está completa, mas às vezes, a parturiente pode ter vontade de puxar involuntáriamente sem ter completado a dilatação. Neste caso, se ainda houver alguma fímbria de colo, será afastada pela apresentação.

Este período vai desde minutos, na multípara, a 1 hora, na nulípara.

Figura 11 - Posições que uma mulher pode adotar durante o parto



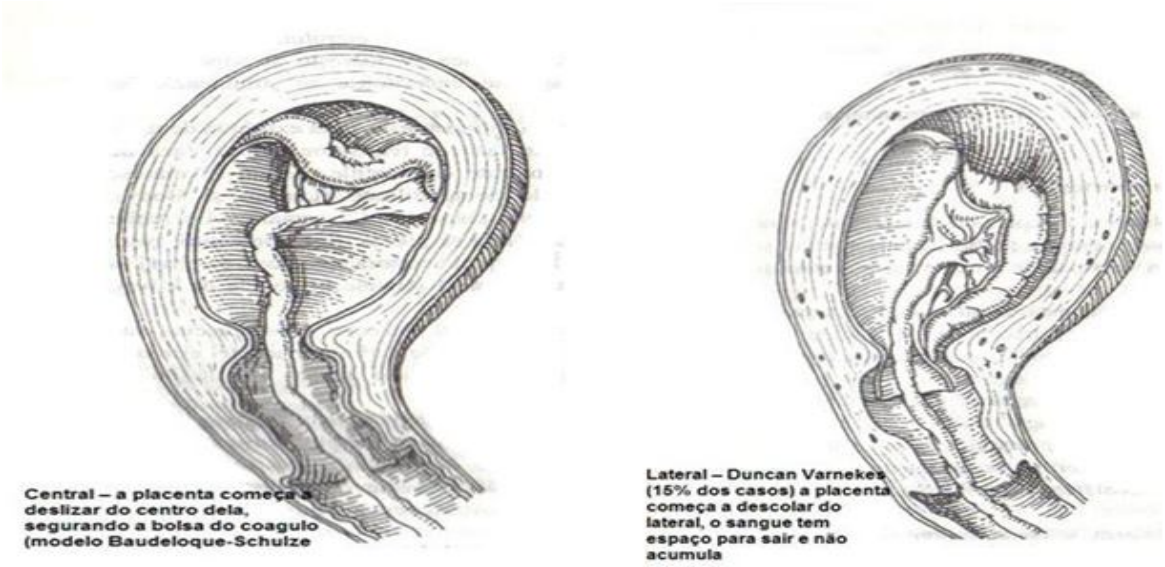
3º PERIODO:

Período da dequitadura da placenta - começa após a expulsão do feto e termina com a expulsão da placenta. Este período tem três momentos: Descolamento, descida e explusão da placenta.

O descolamento da placenta se deve à contractilidade uterina. **A descida** produz-se por acção das contracções uterinas e pelo efeito de gravidade causado pelo seu próprio peso. **A expulsão da placenta e das membranas** ovulares pode ser de forma espontânea, num tempo mais prolongado ou através do manejo activo do 3º período, onde a expulsão da placenta é ajudada pelo pessoal que está assistindo o parto e administração de uterotónicos (oxitocina ou misoprostol) com redução do tempo e do sangramento **(a perda sanguínea normal neste período é de 300 a 500 ml)**.

Existem dois mecanismos de descolamento da placenta: (i) Central – tipo Baudeloque-Schulze (ocorre em 85% dos casos), onde primeiro desce a placenta e depois o sangue/coágulo e (ii) Lateral – Duncan-Varnekes (15% dos casos), quando o sangue sai primeiro e depois desce a placenta.

Figura 12 - Mecanismos de Descolamento da Placenta


Central – a placenta começa a deslizar do centro dela, segurando a bolsa do coagulo (modelo Baudeloque-Schulze
Lateral – Duncan Varnekes (15% dos casos) a placenta começa a descolar do lateral, o sangue tem espaço para sair e não acumula

Após a saída da placenta, o útero apresenta uma consistência lenhosa (globo de segurança de Pinard). Este é um importante sinal de contração uterina pós-dequitadura. A manutenção do globo de segurança de Pinard assegura a retracção uterina e evita hemorragias.

4º PERIODO

Período de Observação - começa após a dequitadura da placenta e é considarado **a 1ª hora após o parto.** Neste período o útero continua a contrair-se e a hemostase uterina é assegurada pelo globo de segurança de Pinard.

Porque é importante esta primeira hora após o parto? Porque é neste período que acontece a estabilização dos parâmetros vitais. Durante este período deve-se verificar a presença de hemorragia e fazer a revisão das partes moles.

Principais factores de risco para a hemorragia puerperal:

1. Gemelaridade
2. Polidrâmnios
3. Macrossomia fetal
4. Multiparidade
5. Dequitadura prolongada
6. Aplicação de fórcepes

Tabela 2 - Padrões normais dos Periodos do Parto

PADRÕES EVOLUTIVOS NORMAIS DO PARTO		
Caracteristicas	**Nulipara**	**Multipara**
1° Periodo: Apagamento e dilatação do colo Início: contracções uterinas regulares. Fim: Dilatação completa do colo		
Duração da Fase latente	Até 20 hs	Até 14 h
Dilatação na fase activa	> 1,2 cm/h	> 1,5 cm/h
Descida da apresentação	Entre 1 a 2 cm/h	> 2 cm/h
2° Periodo: Periodo Expulsivo Início: Dilatação completa do colo. Fim: Após a expulsão do feto		
Duração	Até 45-60 min	Até 15-20 min
3° Periodo: Dequitadura Inicio: Após a expulsão fetal. Fim: Após expulsão da placenta e membranas		
Duração	Até 30 minutos	Até 30 minutos
4° Periodo: Observação - Primeira hora após o parto		

4.4 Aspectos gerais da assistência ao Parto

Para que um trabalho de parto decorra da melhor maneira, este deve acontecer sob a assistência de pessoal bem treinado para o efeito. É necessário que a pessoa que assiste o parto possua conhecimentos sólidos; tenha a noção clara do seu papel

perante a parturiente, a família e a sociedade e esteja preparada para tomar decisões e medidas rápidas e efectivas se necessário.

4.4.1 Admissão hospitalar: Avaliação

No acto de admissão de uma grávida, a parteira deve observar com atenção o seu cartão Pré Natal a fim de inteirar-se do estado de saúde dela, incluindo a situação em relação à ITS/HIV, e dos riscos obstétricos e neonatais. Caso a mulher não tenha frequentado as consultas pré natais, a história clínica sumária deverá ser feita cuidadosamente de modo a detectar qualquer risco existente.

Procedimentos de rotina:

É necessário fazer uma **ANAMNESE CUIDADOSA**, incluindo os antecedentes familiares, pessoais, obstétricos, a evolução da gravidez actual e a investigação sobre os sinas e sintomas do trabalho de parto.

Também é necessário realizar o **EXAME FÍSICO E OBSTÉTRICO incluindo:**

- **Inspecção:** verificação do estado geral da mulher, coloração das mucosas, presença de edemas e perdas transvaginais.
- **Palpação:** verificação da altura uterina e da sua correspondência com a idade gestacional, das contrações uterinas (freqüência, duração, intensidade), do tônus uterino, e realização das manobras de Leopold para verificar situação, apresentação, posição e insinuação fetal.
- **Auscultação fetal:** identificação dos bcf, através do sonar ou pinar, antes, durante e após as contrações.
- **Toque-bidigital:** verificação das características do colo (apagamento, consistência e dilatação), integridade das membranas, altura da apresentação, variedade de posição e daproporcionalidade feto-pélvica (pelvigrafia interna). **Sinais vitais**: verificação por parte da enfermagem de PA, pulso, respiração e temperatura axilar. Estes sinais deverão ser reavaliados e registados de 4 em 4 horas.

Avaliar resultados de exames existentes e realizar ACONSELHAMENTO E TESTAGEM PARA HIV:

- Perguntar à mulher se já foi testada para o HIV e qual foi o resultado,
- Se a mulher nunca foi testada, ou se tem resultado de teste negativo, fazer o aconselhamento e oferecer o teste do HIV.
- Se ela aceitar o teste, realizar o teste rápido para o HIV e realizar o aconselhamento pós-teste segundo o resultado.

Preparar e implementar um PLANO PARA O PARTO, de acordo com os achados da história clínica, do exame obstétrico, e das preferências da mulher:

- Perguntar à mulher: Quando foi a última vez que comeu e bebeu líquidos e se tem dúvidas ou preocupações sobre o TP e o parto,

Orientar a mulher sobre a importância de:

- Ir à casa-de-banho com frequência para esvaziar a bexiga,
- Beber líquidos e comer comidas leves quando desejar,
- Caminhar e mudar de posição como desejar,
- Tomar banho quando desejar.
- Informar a mulher sobre posições alternativas para o parto, enfatizando o benefício das posições mais verticalizadas (desde que não haja impedimentos clínicos) e perguntar que posição a mulher gostaria de adoptar no seu parto.

Esclarecer possíveis dúvidas e orientar sobre a evolução do TP, parto e pós-parto:

- Aumento da intensidade e frequência das contracções,
- Periodicidade dos exames,
- Possível contacto do recém-nascido pele-a-pele com a mãe imediatamente após o parto,
- Importância da amamentação precoce na primeira hora,
- Importância e possibilidade da contracepção no pós-parto imediato.

4.4.2 Alimentação:

Durante o trabalho de parto a mulher necessita de energia, pelo que é preciso repôr as fontes de energia a fim de garantir o bem-estar fetal e materno. A restrição de ingestão oral pode levar à desidratação e à cetose.
Essas complicações podem ser evitadas pela oferta de líquidos por via oral e pela oferta de alimentos leves durante o trabalho de parto normal, de acordo com o desejo da mulher (Ver ponto 4.2 sobre a atenção humanizada ao parto).

4.4.3 Apoio emocional contínuo durante o Trabalho de Parto e o Parto

Os profissionais que prestam assistência obstétrica devem estar familiarizados tanto com suas tarefas médicas quanto com as de apoio, e serem capazes de realizar ambas com competência e delicadeza. São tarefas de apoio do prestador de serviços dar à mulher todas as informações e explicações que ela deseje e necessite e assegurar a privacidade da mulher no ambiente de parto. O apoio reconfortante à parturiente diminui a sua ansiedade e favorece a boa evolução do seu parto.
Outro apoio importante duranto o trabalho de parto e o parto é a permissão da presença de acompanhante da escolha da mulher. Uma parturiente deve ser acompanhada pelas pessoas em quem confia e com quem se sinta a vontade: como seu parceiro, mãe, sogra, irmã, amiga ou mesmo a parteira tradicional. A presença do parceiro depende das condições locais de privacidade.

O parto normal, desde que seja de baixo risco, necessita apenas de observação cuidadosa por um/a trabalhador/a de saúde treinado/a, a fim de providenciar o apoio, atenção e estímulo necessários, detectar e manejar precocemente possíveis sinais ou sintomas de complicações.

4.4.4 Higiene

Onde quer que ocorram o trabalho de parto e o parto, a higiene é um requisito essencial. Deve-se dar atenção à higiene da parturiente e das pessoas que realizam o parto, bem como à higiene do ambiente e de todos os materiais utilizados durante o parto. É necessária a utilização de máscaras e aventais, a fim de proteger a parturiente e o(a) prestador(a) de cuidados das infecções e em especial do HIV e dos vírus das hepatites B e C.

Para garantir a higiene durante o parto, a OMS estabeleceu o conteúdo de um kit de parto e as condições para seu uso correcto e eficaz (OMS 1994). Para além do kit de parto institucional, deve ser promovido também a utilização do "Mama Kit" (kit simples, mas eficaz, que entre outros itens inclui uma lâmina nova para cortar o cordão umbilical) para garantir um parto limpo e higiénico se ele ocorrer na comunidade ou no percurso até a US.

Os instrumentos que vão ser reutilizados devem ser adequadamente descontaminados e processados, segundo as diretrizes fornecidas pela OMS (1995). Equipamentos que entram em contato apenas com a pele intacta podem ser lavados meticulosamente. Instrumentos que entram em contato com mucosas ou pele não intacta (com solução de continuidade) devem ser sempre esterilizados, fervidos ou desinfetados quimicamente. Instrumentos que penetram na pele devem ser esterilizados. Esses métodos servem para impedir a contaminação de mulheres e prestadores de serviços.

Há medidas que sempre devem ser tomadas a fim de impedir a possível infecção da mulher e/ou da parteira. Essas medidas incluem lavar as mãos antes e depois da realização de exames e procedimentos, evitar o contato directo com sangue e outros líquidos corporais, através do uso de luvas durante o exame vaginal, durante o nascimento do bebê, e no manejo da placenta. É importante reduzir o potencial risco de infecção limitando as técnicas invasivas, como a episiotomia, aos casos estrictamente necessários e tendo cuidados adicionais com o uso e descarte de instrumentos afiados e cortantes (ex. Agulhas, tesouras, etc).

4.4.5 Paciente HIV positiva: Profilaxia anti-retroviral para prevenção da transmissão vertical

Ao admitir uma mulher na maternidade para o parto é necessario certificar-se do seu estado serológico para o HIV. Se ela não foi testada anteriormente ou se foi testada há 3 ou mais meses, deverá ser submetida a aconselhamento e testagem voluntária. Uma mulher com um sero-estado positivo deve ser questionada sobre o esquema profiláctico que esta a fazer, e a partir desta informação continuar ou iniciar o tratamento conforme seguinte tabela (3).

Tabela 3 - Profilaxia ARV para PTV, mãe e recém-nascido

Esquema Profiláctico	Durante a gravidez	Durante o Trabalho de Parto (TP) (começar no início do TP)	Pós-Parto	
			Mãe	Recém-nascido
Protocolo de PTV	≥ 14 semanas: AZT (300 mgs) dar 1 comprimido de 12 em 12 horas + NVP, 1 comp. (200mg) - tomar somente quando iniciar o TP	AZT + 3TC (Duovir) dar 1 Comp de 12/12h + NVP – 1 comp (dose única) se não tiver tomado em casa	AZT + 3TC – 1 comp. de 12 /12 horas, durante 1 semana (até 7 dias após o parto)	Com aleitamento Materno: NVP Xarope dose diária (2 mg/Kg de peso) desde o nascimento até terminar a exposição ao aleitamento materno
	Não dada	AZT + 3TC (Duovir) dar 1 Comprimido de 12/12h + NVP - 1 comp. (dose única) - Dar em menos de 2 h do período expulsivo, se não tiver tomado em casa	AZT + 3TC (Duovir) dar 1 comprimido de 12/12 horas, durante 1 semana (até 7 dias após o parto)+ NVP 1 comp (dose única)	Sem aleitamento Materno: AZT Xarope (4 mg/kg de peso de 12/12 hrs) desde o nascimento até as 6 semanas de vida
	Não dada	Se o AZT + 3TC e a dose única de NVP forem administradas em menos de 2 horas do período expulsivo	AZT + 3TC (Duovir) 1 comp 12/12 hrs durante 7 dias após o parto	
	Não foi realizada	Não foi realizada	Não foi realizada	

4.4.6 Monitoria Fetal Durante o Trabalho de Parto

A monitoria do bem-estar fetal é fundamental durante o TP, sendo necessário sempre considerar a possibilidade de ocorrência de sofrimento fetal, devida a hipóxia, mesmo que o trabalho de parto seja normal. O risco de sofrimento fetal é um pouco mais alto durante o segundo período do trabalho de parto e no caso de parto prolongado.

A monitoria do bem-estar fetal deve ser realizada através do control da frequência cardíaca fetal (FF) e da avaliação do líquido amniótico.

Avaliação do Líquido Amniótico

No final da gestação e em condições normais o LA é claro e fluido, com alguns grumos de cor branca - o vérnix caseoso.
A mudança de cor está associada a alteração do bem-estar fetal.
A expulsão de mecónio, líquido amniótico de cor verde ou verde-amarelado, pode traduzir um sofrimento fetal e está associada à morte fetal intra-parto e à morbilidade ou morte neonatal. A presença de mecónio espesso identificada após a ruptura das membranas tem o pior prognóstico: o mecónio concentrado também reflete um menor volume de líquido amniótico, o que em si é um factor de risco. Um líquido amniótico levemente tingido de mecónio provavelmente reflete um risco menos grave, mas isto ainda não foi completamente investigado.
Um líquido amniótico de côr acastanhada ou côr de vinho muito provalvelmente é sinal de morte fetal intra-uterina.

Onde os serviços não permitem um seguimento adequado, a presença de mecónio durante o TP é considerada uma indicação para que o prestador da assistência obstétrica encaminhe a parturiente a um nível superior de atenção.

Monitoria da Frequência Cardíaca Fetal

Está clara a relação entre o bem-estar fetal e a frequência cardíaca fetal (FCF). Os parâmetros considerados normais da FCF são entre 120 a 160 batimentos por minuto (bpm). A alteração nestes parametros pode traduzir Sofrimento Fetal, que pode se manifestar por: bradicardia (< 120 bpm), taquicardia (>160 bpm), e diminuição da variabilidade ou desacelerações.

A frequência cardíaca é monitorada por dois métodos: a auscultação periódica e monitoria eletrónica contínuo (CTG).

A auscultação periódica pode ser realizada com um estetoscópio monoauricular (Pinard), como se faz desde o início do século XX, ou por um sonar portátil simples. Quando se utiliza o Pinard, em geral a mulher fica em decúbito dorsal ou lateral, embora seja possível auscultar o FF mesmo com ela em pé ou sentada. O sonar pode ser aplicado em várias posições.

A auscultação deve ser feita de 30 em 30 minutos, logo após as contracções, durante o primeiro estágio do trabalho de parto, na fase activa; e após cada contração, no período expulsivo. Se necessário, comparam-se as frequências cardíacas fetal e materna.

A monitoria eletrónica da frequência cardíaca fetal é utilizada também durante a gravidez para vigilância de gravidez de alto risco, e também em casos de alto risco durante o trabalho de parto. Seu uso está normalmente limitado a partos hospitalares.

4.5 Assistência durante o Primeiro Período do Trabalho de Parto

O estabelecimento correcto do início do trabalho de parto é a base para a provisão da assistência adequada e para a identificação oportuna de um trabalho de parto prolongado. Se o diagnóstico do "início do trabalho de parto" for errado, poderá determinar intervenções desnecessárias, como amniotomia ou induções com oxitocina. Em geral, é melhor substituir o diagnóstico de "fase latente prolongada" por "falso trabalho de parto", porque na realidade o trabalho de parto ainda não começou. Algumas vezes, a distinção entre "início do trabalho de parto" e "falso trabalho de parto" sómente pode ser feita após um breve período de observação.

Posição e movimento durante o Primeiro Período do Trabalho de Parto:

Durante o primeiro período do TP, a parturiente deve ser encorajada a ficar em posição vertical (de pé, caminhando, ou sentada) ou em decúbito lateral. Estas posições estão associadas a uma maior intensidade e maior eficiência das contrações e previne a retenção urinária.

Embora o decúbito dorsal (supino) continue a ser a posição mais prevalente, deve ser desencorajado uma vez que afeta o fluxo sanguíneo uterino. O útero pesado pode causar uma compressão da aorta, levando a uma redução do fluxo sanguíneo no útero e placenta, o que pode comprometer o estado fetal. A posição supina também reduz a intensidade das contrações e portanto interfere com o progresso do trabalho de parto.

As parturientes também devem ser encorajadas a caminhar, sentar-se ou ficar de quatro; tomar um banho de chuveiro para relaxar; ou adoptar alternadamente cada uma dessas posições, conforme desejarem.

A única exceção para desencorajar a mulher a estar de pé ou caminhar é quando houver rompimento de membranas em presença de uma cabeça fetal não encaixada.

Procedimentos que devem ser executados durante esta fase:

- Avaliar periodicamente (de 30/30 min) os sinais vitais e o foco fetal e registar ,
- Garantir que a mulher recebe todo o conforto, quer físico quer psíquico, por parte da parteira que a assiste,
- Dar especial atenção à sua hidratação. As parturientes devem beber líquidos, como chá açucarado e sumos, e podem comer refeições leves durante o trabalho de parto normal.

A partir dos 4 cm de dilatação deverá ser aberto o **Partograma**, registo gráfico usado para avaliar as condições fetais e progresso do trabalho de parto.

4.5.1 Partograma "Bússola de Trabalho de Parto"

O que é o Partograma?

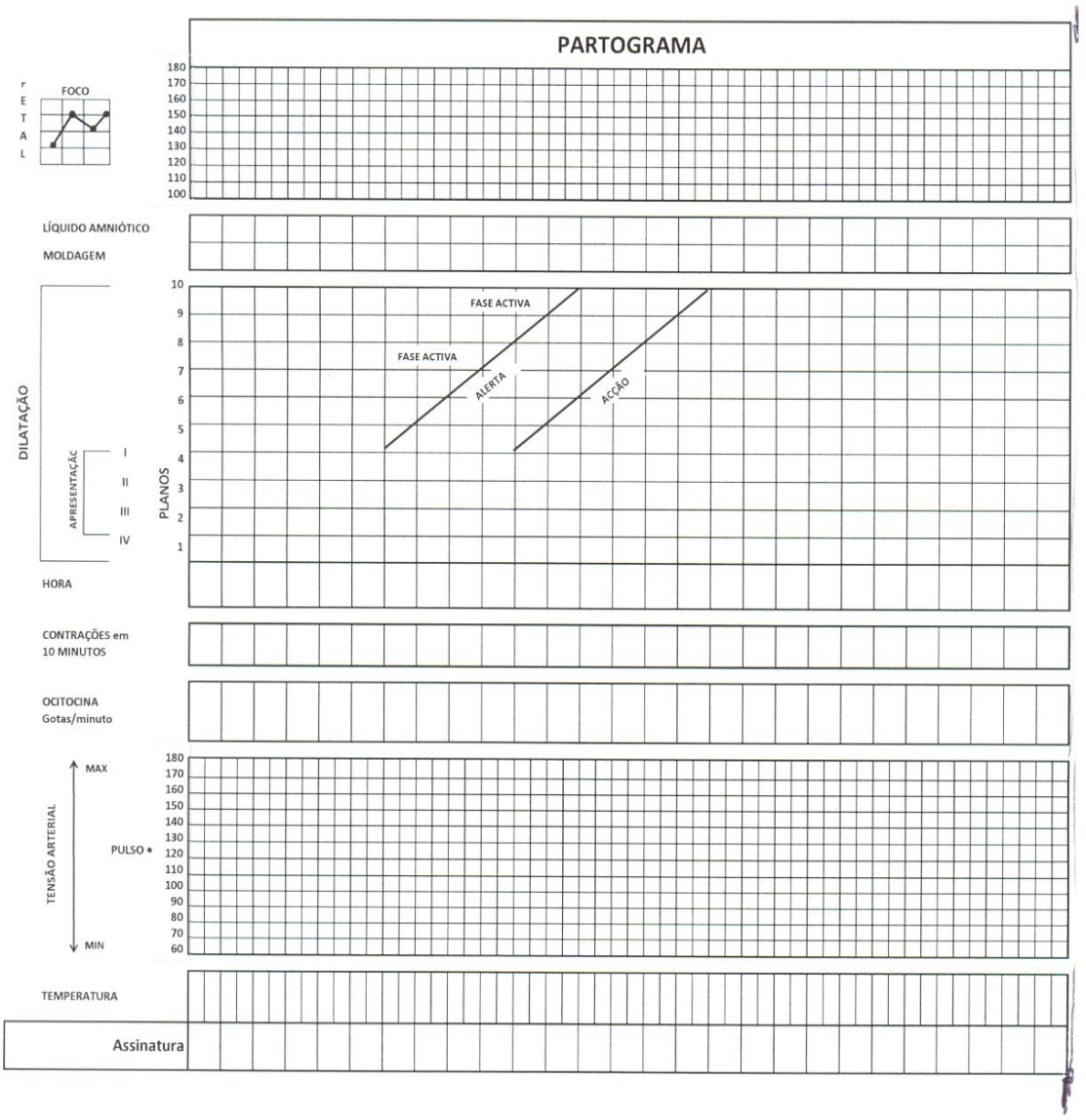
O partograma é uma representação gráfica e objectiva do TP. Pode ser usado para avaliar o progresso do TP e identificar quando é necessária uma intervenção. Estudos têm mostrado que o seu uso pode ser altamente eficaz na redução de complicações do trabalho de parto prolongado para a mulher (hemorragia pós-parto, sepsis, ruptura uterina e suas sequelas) e para o recém-nascido (asfixia neonatal, infecções, morte perinatal, etc.)

Quem o usa?

Todo pessoal que acompanha a mulher durante o trabalho de parto: enfermeira parteira, enfermeira de SMI, médico, obstetra.

Porquê usá-lo?

Para acompanhar todas as fases do TP de todas as mulheres que chegam à maternidade ou unidade de sanitária, para auxiliar na tomada de decisão correcta sobre a transferência, cesariana ou outras intervenções que salvam a vida da mãe e do bébé.


PARTOGRAMA
FETAL
FOCO
180
170
160
150
140
130
120
110
100
LÍQUIDO AMNIÓTICO
MOLDAGEM
DILATAÇÃO
APRESENTAÇÃO
I
II
III
IV
PLANOS
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
FASE ACTIVA
FASE ACTIVA
ALERTA
AÇÃO
HORA
CONTRAÇÕES em 10 MINUTOS
OCITOCINA Gotas/minuto
TENSÃO ARTERIAL
MAX
MIN
PULSO •
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
TEMPERATURA
Assinatura

Como usá-lo?

O preenchimento do Partograma poderá ser iniciado ainda na Fase do Prodromos, a qual é caracterizada por contracções regulares, expulsão do rolhão mucoso e evolução no apagamento do colo. Os deverão ser efectuados antes da linha de alerta, isto é antes da fase activa e compreenderão informação sobre: Tensão Arterial e Temperatura da mulher; foco fetal; número de contracções em cada 10 minutos; características do líquido amniótico; grau de apagamento do colo e o nível da apresentação fetal.

A partir do momento em que a mulher apresenta dilatação do colo de 4 cms, com uma ou mais contrações em 10 minutos e cada contracção com duração de 20 segundos é considerado o início do Trabalho de Parto (TP) sendo necessário efectuar os registos sobre a linha de alerta, com um "**X**" na intersecção das linhas horizontais com as linhas verticais, registando a hora e restantes parâmetros para que seja feita uma monitoria correcta da evolução do TP.

O partograma é usado para monitorar os seguintes parâmetros:

Progresso do TP: (1)dilatação cervical, (2)descida da cabeça fetal e (3)contrações uterinas.

Condições fetais: (1)frequência cardíaca fetal, (2)situação das membranas, (3)características do líquido amniótico (LA) e (4)moldagem do crânio fetal.

Condição materna: (1)pulso, (2) pressão arterial, (3)temperatura, (4)urina, (5)hemorragia vaginal, (6) medicamentos, (7)fluidos E.V, e (8)oxitocina e outros medicamentos.

1. Registo da dilatação cervical

A dilatação do colo do útero é medida pelo diâmetro em cm.

- É registrada com um X no local apropriado (centro) do partograma, na intersecção das linhas verticais e horizontais.
- O 1° registo é feito sobre a linha de alerta com a hora respectiva do toque.
- Se o trabalho de parto decorre normalmente e de forma satisfatória, o registo da dilatação não atinge a linha de acção.
- Se atinge a linha de acção significa que o trabalho de parto está a arrastar devendo-se tomar as medidas indicadas para a fase activa prolongada.

Se o progresso é satisfatório, o registo da dilatação cervical permanecerá à esquerda da linha de acção.

2. Registo da dinâmica uterina.

O progresso do trabalho de parto depende em grande parte da existência de boas contracções uterinas as quais devem ser avaliadas de 30 em 30 minutos.

Regista-se o número de contracções uterinas em cada 10 minutos no espaço correspondente no partograma, onde os quadrados estão numerados de 1-5. Cada quadrado representa uma contracção, de modo que quando se verificar 2

contracções em 10 minutos, serão preenchidos 2 quadrados. Os quadrados abaixo indicam a as três formas de se registar a intensidade das contracções no partograma:

Os pontos representam contracções suaves ou de duração inferior a 20 segundos

As linhas diagonais indicam contracções moderadas, de duração de 20-40 segundos

A cor cheia representa fortes contracções, de duração superior a 40 segundos

3. Registo da descida da apresentação:

À medida que a dilatação progride, esta faz-se acompanhar da descida da apresentação fetal. Nas multíparas esta descida inicia-se, em geral, por volta dos 7 cm de dilatação.

Ao toque vaginal podemos definir se a apresentação está encaixada e qual o plano da cabeça. Para isto deve-se traçar uma linha imaginária entre as espinhas isquiáticas, as quais são perfeitamente sentidas ao toque. Isto permite determinar o grau de encravamento/ descida da cabeça:

- Se a apresentação estiver acima da linha imaginária, a cabeça não está encravada.
- Se a cabeça estiver 1 cm abaixo da linha imaginária estará no I° plano,
- Se a cabeça estiver 2 cm abaixo, estará no II° plano,
- Se estiver a 3cm abaixo da linha estará no III° plano, (estação 0)
- Quando a cabeça surge na vulva, considera-se que está no IV° plano.

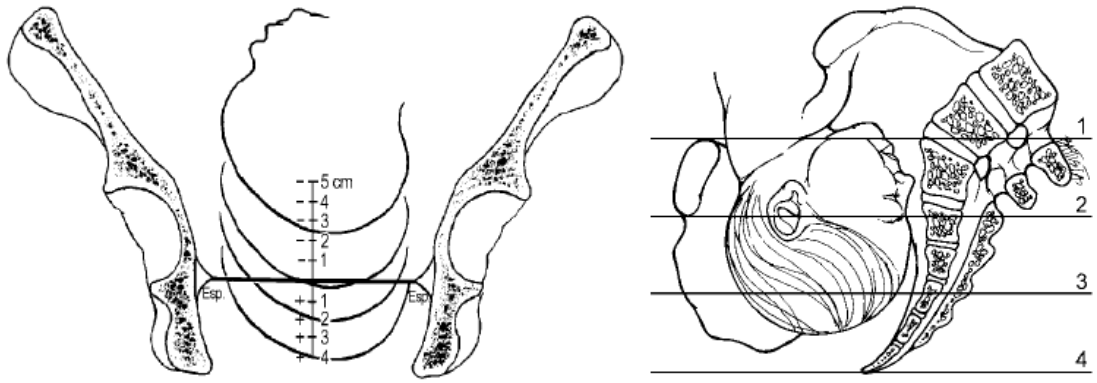
A descida da cabeça deve ser avaliada imediatamente antes de cada exame vaginal.

Resumindo, o partograma permite a parteira:

1º. Avaliar o progresso do TP através da dilatação e descida da apresentação.
2º. Detectar um TP arrastado quer por distócias do colo quer por hipodinâmica uterina (fracas contracções uterinas) ou ainda pela presença de uma desproporção feto-pélvica.
3º. Avaliar o bem-estar fetal através da frequência cardíaca fetal e pelo aspecto do líquido amniótico.
4º Assegurar um acesso fácil, à informação sobre a evolução do TP, estado da mãe e do feto, em qualquer momento, inclusivé na troca dos turnos.

No partograma o plano da descida da cabeça regista-se com um círculo (o)

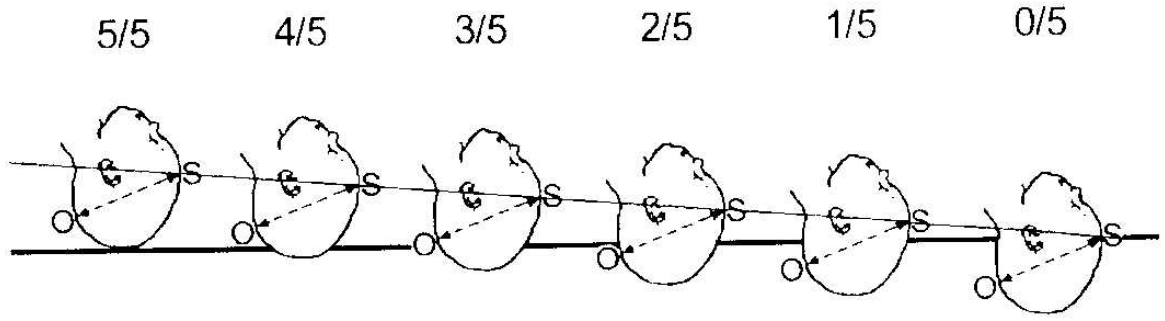
Figura 13 - Avaliação da descida da cabeça do feto por exame vaginal



A presença de moldagem, cefalo-hematomas e caput sucedâneo podem muitas vezes induzir a erro na determinação do plano de apresentação ao toque vaginal quando existe pouca experiência por parte do profissional de saúde.

A descida avaliada por palpação abdominal: **Os quintos**

- Refere-se à parte da cabeça (dividida em 5 partes) palpável por cima da sínfise púbica (numero de dedos de uma mão colocada na horizontal acima da sínfise púbica), varia de 5/5 a 0/5

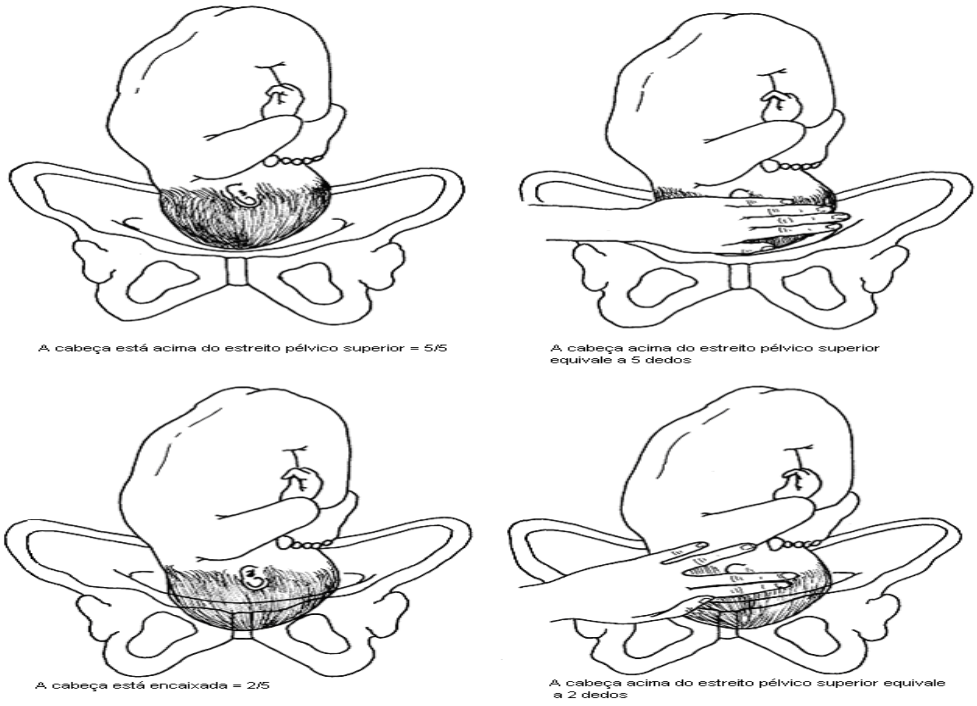


bordo pélvico

cavidade pélvica

Totalmente acima	**Sincipúcio alto, occipito facilmente palpável**	**Sincipúcio facilmente palpável, occipito palpável**	**Sincipúcio palpável, occipito mal palvável**	**Sincipúcio palpável, occipito não palpável**	**Nenhuma parte da cabeça é palpável**

Figura 14 - Descida da cabeça avaliada por palpação addominal


A cabeça está acima do estreito pélvico superior = 5/5
A cabeça acima do estreito pélvico superior equivale a 5 dedos
A cabeça está encaixada = 2/5
A cabeça acima do estreito pélvico superior equivale a 2 dedos

2. Condição Fetal : Frequência cardíaca fetal e Liquido Amniótico

O registo da frequência cardíaca fetal ou Foco Fetal, é feito no gráfico que se encontra na parte superior do partograma. Este gráfico está preparado para o registo de 30/30 minutos.

Líquido amniótico (LA)

Em condições normais o LA é claro e fluído, com alguns grumos de cor branca, o vérnix caseoso. Por vezes apresenta uma cor esverdeada podendo ser fluido ou mais ou menos espesso. Nestes casos, considera-se patológico e está muitas vezes associado a alteração na frequência cardíaca fetal.

Se a membrana estiver intacta, regista-se a letra "**I**"
Para o líquido amniótico claro, regista-se a letra "**C**"
Para o líquido amniótico com mecónio, regista-se a letra "**M**"
Para o líquido amniótico manchado de sangue, regista-se a letra "**S**"
Para o líquido amniótico ausente, regista-se a letra "**A**"

Moldagem do crâneo fetal

A cabeça fetal, se comparada à de um adulto, é proporcionalmente maior que o restante do corpo, cerca de 1/4 da superfície corporal. Os ossos do crânio são moles

e deformáveis, com espaços entre eles. Esses espaços se fecham à medida que os ossos crescem e o tamanho do cérebro torna-se definitivo. Uma vez fechados, esses espaços passam a ser chamados de suturas cranianas.

Existem dois espaços que são particularmente grandes: a fontanela anterior e a fontanela posterior. Esses dois espaços podem ser sentidos, ao serem tocados, como áreas amolecidas na cabeça do bebê.

Durante o parto cefálico, ocorrem pressões de diferentes intensidades sobre a cabeça fetal e, dependendo da intensidade e da duração das pressões, os ossos cranianos se moldam de acordo com o formato do canal de parto, podendo até se sobrepor, chamando a isto de moldagem. Ela representa um sinal importante de como a cabeça se adequa a bacia. O aumento da moldagem do crâneo fetal é claramente um sinal de desproporção céfalo-pélvica.

No partograma a moldagem se regista por baixo do estado das membranas e do líquido amniótico utilizando a seguinte chave:

- Os ossos craneanos estão separados e as suturas facilmente diferenciadas (O)
- Os ossos estão juntos roçando um ao outro (+)
- Os ossos estão sobrepostos (++)
- Os ossos estão severamente sobrepostos (+++)

Veja a seguir um exemplo da utilização do partograma no trabalho de parto normal:

- Primigesta admitida na fase latente do TP às 5 horas:
  - Cabeça do feto palpável 4/5;
  - Colo dilatado 2 cm;
  - 3 contracções em 10 minutos, com duração de 20 segundos;
  - Estado do feto e estado da mãe normal.

  Nota: Esta informação é registada na ficha clínica do parto e registo de enfermagem (não no partograma).

- Às 9 horas da manhã apresenta:
  - Cabeça fetal palpável 3/5;
  - Dilatação cervical 5 cm;

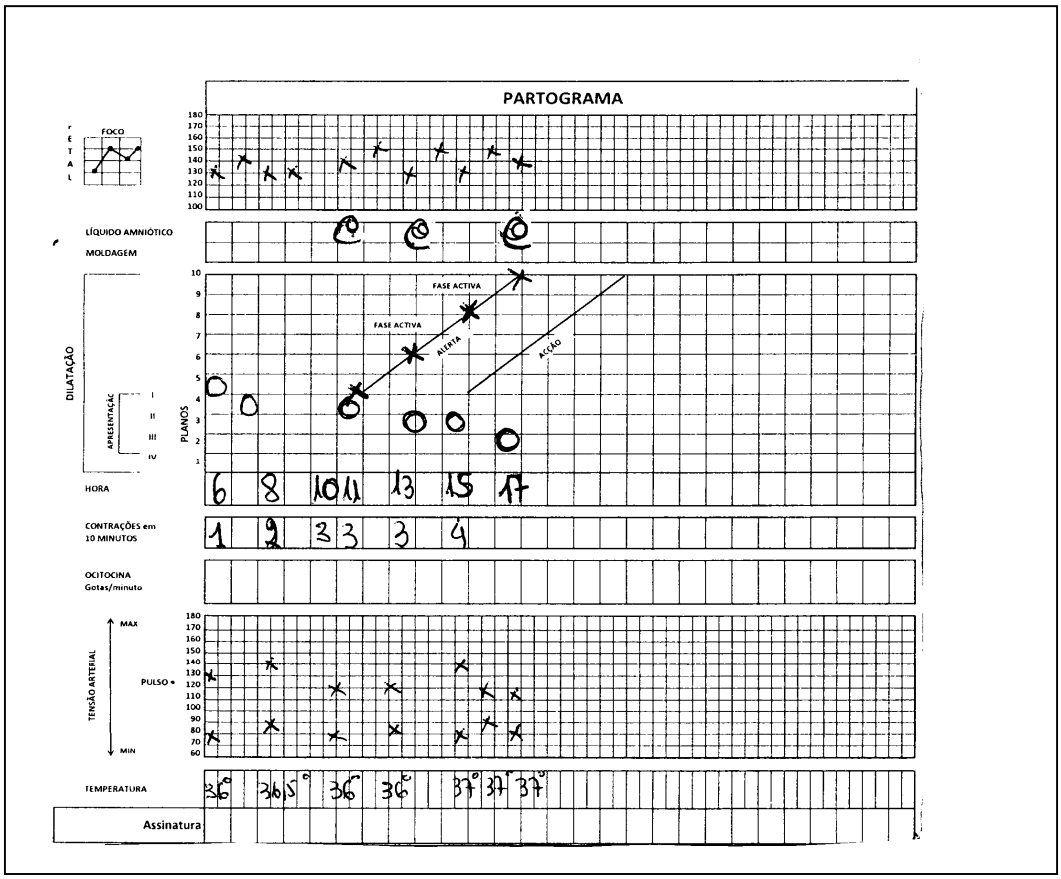
  Nota: A mulher está na fase activa e esta informação é preenchida no partograma. A dilatação cervical é registada na linha de alerta.

  - 4 contracções em 10 minutos, cada uma delas com uma duração de 40 segundos;
  - a dilatação cervical progrediu a uma velocidade de 1 cm por hora.

- Às 14 horas.
  - Cabeça do feto palpável 0/5;

- Dilatação cervical completa;
- 5 contracções em 10 minutos, com duração de 40 segundos;
- Parto normal espontâneo ocorreu às 14:20.

Figura 15 - Exemplo de partograma de um trabalho de parto normal



4.6 Assistência durante o Período Expulsivo

- Quando o colo atinge os 10 cm, a dilatação está completa. A partir deste momento dá-se a passagem do maior diâmetro da apresentação e o início dos esforços expulsivos maternos (puxos). Inicia-se assim o período expulsivo que é, em geral, mais rápido nas multíparas, e mais prolongado nas nulíparas. Nesta fase a parturiente deve estar sempre acompanhada pela parteira.

- A parturiente deve estar, sempre que possível, em posição verticalizada, com as coxas flectidas e abertas. A posição horizontal dorsal deve ser evitada, neste período, porque favorece a compressão da aorta pelo útero e aumenta o desconforto. Poderá estar em decúbito lateral. A mulher pode continuar no mesmo leito em que esteve durante a dilatação e o parto deve ocorrer em condições de privacidade, e sempre que possível, na presença de um acompanhante da escolha da mulher. Entre as contrações a mulher poderá sentar-se ou ficar deitada de lado para descansar.
- A assépsia deve ser realizada com savlon ou outro anti-séptico nas coxas, região perineal, vulva e abdómen.
- O foco deve ser auscultado durante o intervalo das contracções.
- Caso o período expulsivo esteja a tornar-se prolongado, a parturiente deverá ser reavaliada. Isto é, verificar se a dilatação está efectivamente completa e se a apresentação está suficientemente descida e em caso afirmativo verificar se as contracções são efectivas.
- Com os esforços maternos inicia-se a expulsão da cabeça. A expulsão deverá ser gradual. A parteira deverá apoiar a cabeça com uma mão e, se possível, proteger o períneo com a outra mão para evitar rasgadura. Assim que a cabeça sair, com o auxílio de uma pêra de borracha, deverão ser aspiradas as secreções da boca e do nariz.
- As circulares do cordão, à volta do pescoço da criança, deverão ser identificadas e libertadas suavemente até que os ombros aflorem na vulva. Se não for possível, pinça-se o cordão com 2 pinças hemostáticas e corta-se.
- Para se libertar o ombro anterior, pega-se na cabeça c/ as mãos e faz-se uma tracção suave em direcção ao sacro materno. Para se libertar o ombro posterior faz-se uma tracção suave em direcção à sínfise púbica.
- A continuação do TP faz-se normalmente com os esforços da mãe.
- Depois da criança nascer, esta deve ser colocada ao mesmo nível do plano materno e o cordão deve ser cortado 20 a 40 centimetros, após o seu nascimento.

4.7 Episiotomia

4.7.1 Definição

É a incisão da região pudenda ou do períneo, partindo da comissura posterior da vulva e tomando a direcção oblíqua. A incisão envolve três estruturas: mucosa vaginal, pele e músculos perineais.

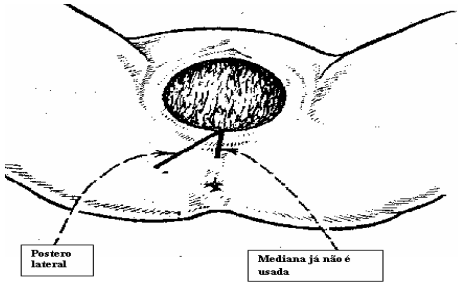
4.7.2 Objectivo e indicações da episiotomia

A episiotomia deve ser realizada apenas em situações específicas e com indicações precisas.

Indicações da episiotomia

- Parto vaginal complicado (apresentação pélvica, distócia do ombro, uso da ventosa).
- Cicatriz devido à mutilação genital feminina ou lacerações de terceiro e quarto grau mal cicatrizadas.
  Sofrimento fetal

Figura 16 - Incisões de episiotomia



Nota: A episiotomia já não é recomendada como um procedimento de rotina. Não existem provas de que a episiotomia de rotina diminui os danos perineais, futuro prolapso da vagina ou incontinência urinária. De facto, a episiotomia de rotina está associada a um aumento de lesões de terceiro e quarto grau e subsequente disfunção do músculo e esfíncter anal.

4.7.3 Técnica da episiotomia e episiorrafia

- Efectuar anestesia local com 10 a 20 ml de lidocaína a 0,5%, fazendo-se uma infiltração submucosa, subcutânea e profunda nos músculos perineais, três a cinco minutos antes da incisão.
- Realizar a episiotomia quando, durante uma contracção, se visualize 3 a 4 cm de cabeça fetal isto é, quando a cabeça distende o períneo.

Episiorrafia

- Após a expulsão da placenta faz-se a sutura da incisão por planos com cat-gut crómico 0 ou 00 ou o que estiver disponível.
- Sutura-se de dentro para fora. Primeiro aproximar o músculo perineal com pontos separados ou contínuos, evitando espaços mortos onde se possam formar hematomas.
- A seguir, sutura-se a mucosa vaginal, com sutura contínua.
- Sutura-se a pele com pontos separados.

4.7.4 Complicações da episiotomia

- Prolongamento da incisão através do esfíncter anal.
- Hemorragia.
- Dor: queixa frequente, quando intensa deve ser cuidadosamente avaliada, para excluir presença de hematomas e infecções.
- Deiscência e Infecção

4.8 Assistência durante o Terceiro Período do TP – (Dequitadura da Placenta)

- Logo após os cuidados ao recém-nascido, deve-se proceder a expulsão da placenta, mediante a realização do manejo activo do terceiro período do trabalho de parto.
- Após a expulsão, deve-se examinar a placenta cuidadosamente para assegurar que não falta nenhum pedaço. Se uma porção da superfície placentar faltar ou se existirem membranas rasgadas, suspeitar de fragmentos de placenta retidos. Neste caso, deve-se examinar cuidadosamente a vagina superior e o colo utilizando luvas esterilizadas até ao cotovelo e uma pinça de restos para tirar quaisquer pedaços de membrana que estejam presentes.
- A parturiente e o recém-nascido deverão permanecer sob vigilância constante durante a primeira hora após o parto, devendo ser observados a cada 15 min para detectar precocemente qualquer complicação que possa surgir neste período.

4.8.1 Manejo activo do Terceiro Período do Trabalho de Parto

O manejo activo do terceiro Período do TP (expulsão activa da placenta) ajuda a prevenir a hemorragia pós-parto. Ele inclui:

- Administração de Oxitocina, ou de Misoprostol imediatamente após a expulsão do feto, antes da expulsão da placenta, confirmado que não existe gémeo ainda retido
- Administração de Ergometrina, caso não haja Oxitocina ou Misoprostol e a mulher não tenha Pré-Eclâmpsia, Eclâmpsia ou Hipertensão.
- Tracção controlada do cordão com contra-tracção uterina para a expulsão da placenta
- Massagem uterina após a expulsão da placenta

Administração de Oxitocina
São administradas 10 UI, por via IM, de Oxitocina ou 5 UI via endovenosa muito lento, dentro do 1º minuto após a expulsão do feto, sendo necessário antes palpar o abdómen para certificar que não há outro bebé.

Vantagens da Oxitocina: (1) actua ràpidamente (2 a 3 minutos, na via IM); (2) tem maior estabilidade à temperatura ambiente; (3) não tem qualquer contraindicação para o uso no período pósparto, podendo ser utilizada em todas as mulheres.

Administração de Ergometrina
São administradas 0,2 mg de Ergometrina por via IM.

Vantagens da Ergometriba: (1) Seu efeito dura por 2 a 4 horas; (2) é mais barata que a oxitocina.

Desvantagens da Ergometriba:(1) causa contracção tónica do útero, estando contraindicada a sua administração antes da expulsão da placenta; (2) contraindicado o seu uso em mulheres com PE, Eclâmpsia, HTA ou doença Cardiovascular porque eleva os níveis da TA, causando vómitos e cefaleias, aumentando o risco de convulsões e acidentes vasculares cerebrais; (3) não é estável quando exposta ao calor, luz ou congelamento; (4) actua no período de 6 a 7 minutos

Administração de Misoprostol[5]

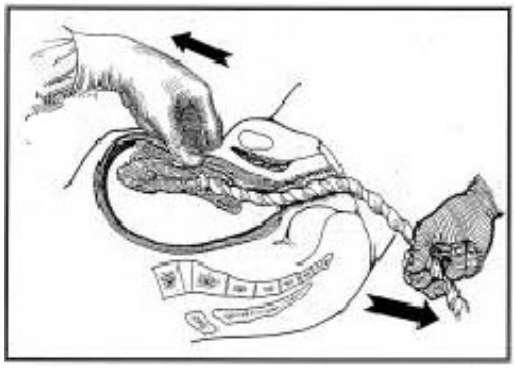
São administrados 600 mcgs de Misoprostol (3 comprimidos de 200mgs cada) via oral tomando com 1 copo de água imediatamente após a expulsão do feto e antes da expulsão da placenta, confirmando que não existe gémeo intrauterino.

Vantagens do Misoprostol: (1) o seu efeito dura mais de 1 hora (75 minutos); (2) poder ser administrada oralmente; (3) é estável à temperatura e à luz, podendo ser armazenada à temperatura ambiente, mas tem de ser um local sem humidade; (4) pode ficar armazenado durante anos; (5) pode ser administrada a nível da comunidade; (6) não tem nenhuma contraindicação para o seu uso no pósparto.
Desvantagens: (1) actua dentro de 6 minutos após a administração; (2) pode causar arrepios e aumento da temperatura corporal.

Nota: A Oxitocina é o uterotónico de eleição para o Manejo Activo do 3º Período do TP, seguido da ergometrina (na ausência de PE-Eclâmpsia ou hipertensão arterial). Se estas drogas não estiverem disponíveis dar Misoprostol injectável. Se o parto ocorrer na comunidade deve ser dado Misoprostol imediatamente após o nascimento do bébé, garantindo que não existe gémeo intrauterino.

Tracção controlada do cordão com contra-tracção uterina:

- É feito o Clampe do cordão perto do períneo utilizando uma pinça hemostática.
- Segure o cordão clampeado e a pinça.
- Coloque a outra mão logo em cima do púbis da mulher e estabilize o útero aplicando tracção oposta (contra-tracção) durante a tracção controlada do cordão. Isto ajuda a prevenir uma possível inversão uterina.



[5] Carpenter JP. Misoprostol for Prevention of Postpartum Hemorrhage: An Evidence-Based Review by the US Pharmacopeia, Rockville, Maryland: United States Pharmacopeia, 2001

- Mantenha uma tensão ligeira no cordão e espere que haja uma contracção uterina forte (2-3 minutos).
- Puxe o cordão lentamente para baixo para extrair a placenta. Não espere que haja um jorro de sangue antes de aplicar a tracção no cordão. Continue a aplicar uma tracção oposta (contra-tracção) ao útero com a outra mão.
- Se a placenta não descer durante os 30-40 segundos de tracção controlada do cordão (isto é, se não há sinais de separação da placenta), não continue a puxar o cordão:
  - Segure o cordão suavemente e espere até que o útero esteja novamente bem contraído. Se necessário, coloque a pinça no cordão mais perto do períneo conforme este vai descendo;
  - Com a contracção seguinte, repita a tracção controlada do cordão com tracção oposta (contra-tracção).
- À medida que a placenta é expulsa, segure a placenta com as duas mãos e gire-a cuidadosamente em movimentos circulares, até que as membranas estejam torcidas. Puxe lentamente para concluir a expulsão.

NOTA: nunca aplique tracção ao cordão (PUXAR) sem aplicar uma tracção oposta (CONTRA-TRACÇÃO – EMPURRAR PARA CIMA) no útero, acima do osso púbico, com a outra mão.

Massagem uterina:

- Massageie imediatamente o fundo do útero através do abdómen da mulher até que o útero esteja bem contraído.
- Repita a massagem uterina de 15 em 15 minutos durante as primeiras 2 horas.
- Assegure que o útero não se relaxe (amoleça) depois de parar com a massagem uterina.

5 CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO

A avaliação imediata e rápida do recém-nascido é fundamental para orientar os cuidados a serem prestados. A maioria dos bebés respiram ou começam a chorar espontaneamente dentro dos primeiros 30 segundos depois do nascimento, portanto :

- Se **o bebé chora ou respira** normalmente (o tórax move-se pelo menos 30 vezes por minuto) providencie os cuidados imediatos ao recém-nascido normal (tópico 5.1)
- Se o **bebé não começar a respirar dentro de 30 segundos, GRITE POR AJUDA** e tome as medidas necessárias para reanimar o bebé (tópico 5.2.2)

5.1 Cuidados imediatos ao Recém-Nascido Normal

- Receber e secar o recém-nascido rápida e cuidadosamente, com um pano limpo e seco, da cabeça aos pés, limpando o sangue e o mecónio, sem retirar o vernix caseoso, limpar a face do recém-nascido com gaze limpa, e certificar-se de que o recém-nascido está a respirar bem.
- Retirar o campo húmido usado e cobrir o recém-nascido, incluindo a cabeça, com outro campo limpo e seco, de preferência em tecido mais quente, de forma a evitar a hipotermia, deixando a face a descoberto.
- Laquear o cordão umbilical de forma asséptica protegendo com uma gaze para evitar salpicos de sangue (coto ± 3 cm). Deixar descoberto, sem penso
- Mostrar o sexo do recém-nascido à mãe e informar sobre as condições de saúde do seu bebé.
- Se o RN está a respirar normalmente, colocá-lo imediatamente em contacto directo pele-a-pele no peito ou abdómen da mãe e aconselhar a amamentação imediata, se esta tiver sido a opção de aleitamento da mãe.
- Caso não seja possível colocar em contacto pele-a-pele, manter o RN envolvido numa toalha ou lençóis secos e limpos.
- No parto por cesariana, manter o RN na sala de operações. Se a anestesia for regional, a mãe poderá manter o contacto visual afectivo com o seu bebé, se a anestesia for geral, cuidar do recém-nascido até que a mãe esteja suficientemente acordada, devendo-se colocar o bebé, logo que possível, em contacto pele a pele com a mãe; e estimular a amamentação dentro da 1ª hora após o nascimento, se esta tiver sido a opção da mãe.
- Se necessário aspirar as secreções com pêra de borracha

Atenção:

- Não aspirar por rotina todos os RN
- Aspirar se houver líquido amniótico com mecónio e se não estiver a respirar.
- Aspirar delicadamente **primeiro a boca**, depois as narinas.
- Manter o RN aquecido e aconchegado
- Controlar a temperatura do RN com o toque ou com termómetro e observar o ritmo respiratório (de 15 em 15 min, na 1ª hora)

- Vigiar o surgimento de possíveis sinais de perigo (cianose, tremores, gemidos, choro anormal, etc).Vigiar o coto umbilical para detectar possível sangramento
- Fazer profilaxia ocular, nos dois olhos do RN, com pomada oftálmica de Tetraciclina.
- Administrar vitamina K, 1mg/IM.
- Identificar o RN (pulseira ou etiqueta). Colocar o nome da mãe, sexo, dia, hora de nascimento, e peso ao nascimento. Pesar, medir o comprimento e o perímetro cefálico.
- Classificar o RN (ver tabelas da idade gestacional no Caderno de Mapas de AIDI para o RN). Para isto, é preciso conhecer a idade gestacional.
- Dar parabéns à mãe, tranquilizá-la, e dizer palavras de conforto.
- Orientar a mãe sobre o tipo de roupas a vestir o recém-nascido (roupas quentes), lembrar que o recém-nascido sente menos calor que a mãe, e apoiá-la a vestir e agasalhar o seu bebé.
- Orientar a mãe sobre os cuidados de higiene pessoais e do recém-nascido, tempo para início do 1º banho do recém-nascido (após 24 horas), horas de sono do recém-nascido (20 horas por dia na 1ª semana de vida e que isto vai reduzindo gradualmente).

Nota importante: Onde tiver sido feito o teste para HIV e a mãe for seropositiva, certifique-se que a mãe recebeu aconselhamento sobre aleitamento materno e se tomou a decisão de amamentar o seu filho, antes de o colocar ao peito para iniciar a sucção.

5.2 Recém-Nascidos com problemas

Se o recém-nascido tiver um problema agudo que necessite de tratamento dentro de uma hora após o nascimento, é da responsabilidade dos prestadores de cuidados na sala de partos de partos, prestar os cuidados imediatos necessários ao recém-nascido.

Os problemas do recém-nascido que requerem uma intervenção urgente incluem:

- Ausência da respiração ou respiração difícil como se tivesse falta de ar,
- Frequência respiratória inferior a 30 ou superior a 60 respirações por minuto (mete o peito para dentro ou geme),
- Frequência cardíaca inferior a 100 batimentos por minuto (b.p.m.),
- Cianose (cor azulada dos lábios e da pele),
- Letargia/hipotonia (sinais de fraqueza),
- Hipotermia (temperatura axilar abaixo de 36,5°C),
- Baixo peso à nascença (menos de 2500 g à nascença),

- Sinais de infecção, hipoglicémia e convulsões

O recém-nascido com problemas deve ser transferido imediatamente para o serviço apropriado.

5.2.1 Reanimação do Recém-Nascido

As medidas para reanimação do recém-nascido devem ser iniciadas imediatamente nas seguintes situações: ausência de respiração (ou falta de ar), cianose (cor azulada), ou frequência cardíaca inferior a 100b.p.m.

Equipamento de reanimação

- Balão de reanimação para RN (capacidade máxima 500cc)
- Máscaras de dois tamanhos (1e 0)
- Aspirador manual (pêra de borracha) ou de vácuo
- Fonte de oxigénio (se possível)

Para evitar atrasos durante uma situação de emergência, é vital assegurar que o equipamento esteja em boas condições antes da reanimação ser necessária:

Tenha disponíveis, máscaras de tamanho apropriado, de acordo com o tamanho esperado do bebé (tamanho 1 para um recém-nascido de peso normal e tamanho 0 para um recém-nascido pequeno).

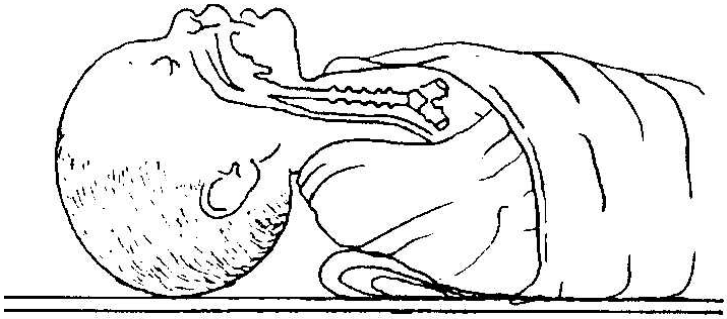
Bloqueie a máscara pressionando-a contra a palma de uma mão, e com a outra mão aperte o ambú. Se sentir pressão contra a sua mão, o ambú está a gerar a pressão adequada;

Se o ambú se reenche de ar quando o larga, é porque está a funcionar apropriadamente

COMO ABRIR AS VIAS AÉREAS

- Calce uma luva submetida a DAN ou luva estéril
- Ponha o recém-nascido de costas numa mesa plana e aquecida;
- Posicione a cabeça numa posição em ligeira extensão para abrir as vias aéreas;
- Mantenha o bebé coberto excepto a face e a parte superior do tórax.

Figura 17 - Posição correcta da cabeça para ventilação



- Se necessário aspiração das secreções, aspire **primeiro a boca e depois as narinas**. Se a boca ou o nariz do bebé tiverem sangue ou mecónio, faça a aspiração, imediatamente, para evitar que ele aspire as secreções.

Nota: Não faça uma aspiração profunda na garganta porque isto pode originar bradicárdia ou apneia.

Reavalie o bebé:

- Se o **recém-nascido começar a chorar ou a respirar**, não é necessária qualquer acção adicional imediata. Prossiga com os cuidados iniciais ao recém-nascido:
  - Coloque o bebé coberto em contacto pele-a-pele com a mãe.
  - Assegure-se de que o bebé continua a respirar sem dificuldades e continua bem coberto.
  - Vigie (mãe e bebé) de 15 em 15 minutos, durante a 1ª hora.
- Se o bebé **não estiver ainda a respirar**, inicie a ventilação (ver abaixo).

5.2.2 Ventilação do Recém-Nascido

Reverifique a posição da cabeça do recém-nascido. O pescoço deve estar em ligeira extensão.

Ponha a máscara em posição e verifique se a máscara está bem ajustada:

Coloque-a sobre a face do recém-nascido. Esta deve cobrir o queixo, boca e nariz;

Figura 18 - Ventilação com ambú

Ajuste bem a máscara na face do bebé;

Aperte o saco do ambú com dois dedos ou com a mão inteira, dependendo do tamanho do bebé;

Verifique, apertando o saco duas vezes e observe a elevação do tórax do bebé.

Uma vez a máscara bem ajustada e havendo movimento do tórax, faça a ventilação do RN. Mantenha o ritmo de aproximadamente 40 respirações por min e a pressão adequada (observe se o tórax sobe e desce facilmente):

- Se o **tórax do bebé se elevar**, a pressão da ventilação é provavelmente adequada;
- Se o **tórax do bebé não se elevar**, repita a aspiração da boca e nariz para remover o muco, sangue ou mecónio das vias aéreas.

Faça a ventilação por um minuto e depois pare e avalie rapidamente se o recém-nascido está a respirar espontâneamente:

- Se a **respiração for normal** (de 30 a 60 respirações por minuto), não é necessário continuar a reanimação. Prossiga com os cuidados iniciais ao recém-nascido ;
- Se o **recém-nascido não respirar ou a respiração for fraca**, continue com a ventilação até a respiração espontânea começar.

Se o recém-nascido começar a chorar, páre com a ventilação e continue a observar a respiração durante 5 minutos depois do choro parar:

- Se a **respiração for normal** (de 30 a 60 respirações por minuto), não é necessário continuar a reanimação. Prossiga com os cuidados iniciais ao recém-nascido;
- Se a **frequência respiratória for inferior a 30 respirações por minuto**, continue com a ventilação;

Se o recém-nascido apresentar depressão severa do tórax, faça a ventilação com oxigénio, se disponível, e prepare-se para transferir o bebé para uma Unidade Sanitária que preste cuidados mais complexos aos recém-nascidos doentes.

Se o recém-nascido não estiver a respirar regularmente depois de 20 minutos de ventilação:

- Transfira o bebé para uma Unidade Sanitária de referência que preste cuidados a recém-nascidos doentes;
- Durante a transferência, mantenha o bebé agasalhado e ventilado com balão, se necessário. Garanta que o bebé seja mantido aquecido. Mantenha o bebé em contacto pele a pele com o peito da mãe e cubra-o com um pano macio, seco e um cobertor. Assegure que a cabeça esteja coberta para evitar a perda de calor;

Se **o bebé não apresentar nenhum sinal respiratório depois de 20 minutos de ventilação**, páre a ventilação e avalie outros sinais vitais como batimentos cardíacos. Se estes não existem, cesse as manobras de reanimação e registe a morte. Proporcione apoio emocional à família.

5.2.3 Cianose ou dificuldade respiratória

Se o **bebé estiver cianosado** (azulado) ou **estiver a ter dificuldade em respirar** (menos do que 30 ou mais do que 60 respirações por minuto, houver depressão do tórax ou gemidos) administre oxigénio através de uma sonda ou prongas nasais;

- Faça a aspiração da boca e nariz para assegurar que as vias aéreas estejam desobstruídas
- Administre 2 L de oxigénio por minuto por sonda ou prongas nasais
- Avalie se o RN necessita de cuidados especiais e transfira o bebé para um serviço apropriado para recém-nascidos doentes, se necessário.

Se o RN não chorar ou se não respirar e se a frequência cardíaca (FC) for menor do que 60/min, após 30 segundos de ventilação com oxigénio:

- *Continue a VPP e inicie a massagem cardíaca 3 : 1 (3 compressões : 1 respiração) para atingir FC de 90 / min.*
- *Reavalie a FC a cada 30 segundos.*

Se a FC for menor que 60 após 30 seg de compressões torácicas, iniciar tratamento com adrenalina 0,1 a 0,3 ml/kg de 1:10.000 via EV e repetir a cada 5 minutos, se necessário.

Se o RN melhora, garanta que ele se mantenha aquecido. Mantenha o bebé em contacto pele a pele com o peito da mãe e cubra-o com um pano macio, seco e cobertor e assegure que a cabeça esteja coberta para evitar a perda de calor;

Tabela 4 - Uso de Oxigénio

Quando usar oxigénio, lembre-se que:
O oxigénio só deve ser usado em recém-nascidos com dificuldade respiratória ou com cianose. Se o bebé tiver uma depressão do tórax com **falta de ar** ou **estiver persistentemente cianosado**, aumente a concentração do oxigénio através da sonda ou prongas nasais ou máscara de oxigénio. **Nota**: O uso indiscriminado de oxigénio suplementar para bebés prematuros tem sido associado ao risco de cegueira.

Acrocianose (coloração azulada das extremidades) pode ser só devido à exposição ao frio. Se a respiração estiver regular aqueça bem o recém-nascido, coloque em contacto pele a pele com a mãe logo que possível e a situação pode melhorar rapidamente.

Se suspeitar de hipoglicémia administre dextrose a 10%. Se precisar de preparar a dextrose a 10 % faça-o conforme a fórmula a seguir:

Dose inicial administre 5 ml/kg de Dextrose a 10% por via EV em mais ou menos 10 minutos.
Dose de manutenção para as primeiras 24 horas, 40 – 80 ml de Dextrose a 10%, subdivididas em várias tomas

Tabela 5 - Como calcular dextrose a 10% a partir de Dextrose a 30% e dextrose a 5%

Dextrose a 10% = 1/5 de Dextrose a 30% + 4/5 de Dextrose a 5% Ex: para um RN com peso = 3 kg multiplique 3 kg por 5ml/kg = 15 ml de Dextrose 10%. Divida 15/5 (constante) = 3 que corresponde a 1/5 da quantidade de dextrose a 10% que se quer administrar. Este 1/5 (**3 ml**) corresponde a Dextrose a 30% e os restantes 4/5 (15ml – 3ml = **12 ml**) corresponderá a Dextrose a 5 %.

5.2.4. Cuidados Mãe Canguru para os RN prematuros ou de baixo peso

Recém-nascidos com menos de 1500g ou prematuros com menos de 32 semanas devem ser referidos com urgência para um hospital com condições de providenciar cuidados adequados para RN com problemas. O RN deve estar bem aquecido durante a transferência.

Os recém-nascidos prematuros (<37 semanas) ou de baixo peso (<2500gr) ficam muito beneficiados através da realização do método Mãe Canguru. Este método deve ser iniciado se o RN:

- Estiver fora de perigo de vida, ou seja, a sua condição for estável (ter respiração espontânea sem oxigénio adicional),
- Tiver superado qualquer patologia existente,
- De preferência não estiver em uso líquidos parenterais,
- Tiver iniciado e a tolerar a alimentação por via oral,
- Tiver uma boa resposta a estímulos,
- Tiver níveis de hemoglobina e hematócrito aceitáveis,
- Contar com a mãe ou um responsável que possa e deseje participar no processo de adaptação.

Como implementar o Método Mãe Canguru:

Nesses casos, a mãe e/ou responsável devem ser orientados sobre como fazer o **Método Mãe Canguru**:

- Colocar o RN em posição vertical directamente contra o peito da mãe/responsável;
- Certificar-se que os braços e as pernas do RN estejam ligeiramente flectidos em posição de rã e que a cabeça e o peito estejam contra o peito da mãe/responsável, com a posição da cabeça em ligeira extensão);
- Cobrir o RN com a roupa da mãe e também com um cobertor;
- Deitar-se para descansar com o recém-nascido depois de posicioná-lo;

Caso não seja possível realizar o método Mãe Canguru para os RN prematuros e de baixo peso, devem ser assegurados os mecanismos para manter o aquecimento do RN:

- Assegurar a disponibilidade de aquecedor radiante para aquecer o RN ou de dispositivo para aquecimento do quarto (>25°c).
- Vestir o RN com roupas quentes (incluindo gorro, luvas e peúgas) e cobri-lo com cobertor aquecido.

Para a alta do Recém-Nascido usando o Método Mãe Canguru é necessário que ele:

- Esteja a alimentar-se bem, exclusivamente ou predominantemente ao peito
- Esteja a ganhar peso (pelo menos 15gr/Kg/dia por 3 dias consecutivos)
- Apresente-se com boa saúde, sem episódios de apnéia ou infecções
- Mantenha a temperatura estável na posição canguru
- Tenha a mãe ou responsável confiante para levar o seu bebé para casa e seja capaz de trazê-lo de volta para o seguimento

5.2.5 Recém-Nascido com Sépsis

Avaliar o recém-nascido e obervar:

- Nível de consciência e movimentos da criança
- Se a criança teve ou não convulsões
- Temperatura e frequência cardíaca
- Frequência e sinais da condição da respiração (retracção subcostal grave e batimento das asas no nariz/adejo nasal)
- Sinais de sofrimento (ex: gemido)
- Se consegue chupar o peito (sucção)
- Condições da fontanela, umbigo, presença de secreções nos olhos e pústulas na pele
- Uso de oxigênio em caso de dificuldade respiratória ou cianose generalizada
- Presença de sangue nas fezes

Tratamento para casos de Infecção Bacteriana Severa.

Tabela 6: Uso de antibióticos via IM,nos casos de Infecção Bacteriana Severa,no RN

Dar a Primeira Dose de Antibiótico por via Intramuscula (dar Penicilina Cristalina + Gentamicina por via intramuscular)

PESO	GENTAMICINA Dose: 2.5 mg por kg/dose			PENICILINA CRISTALINA Dose: 50.000 unidades por Kg/dia/4x ao dia Para frasco de 600 mg (1 000 000 unidades)	
	Não diluída, frasco de 2 ml contendo 20 mg = 2 ml a 10 mg / ml	OU	Acrescentar 6 ml de água destilada a um frasco contendo 80 mg* =8 ml a 10 mg / ml	Acrescentar 2,1 ml de água destilada 2,5 ml a 400 000 unidades/ml	Acrescentar 3,6 ml de água destilada 4,0 ml a 250 000 unidades/ml
1 kg	0.25 ml*			0,1 ml	0,2 ml
2 kg	0.50 ml*			0,2 ml	0,4 ml
3 kg	0.75 ml*			0,4 ml	0,6 ml
4 kg	1.00 ml*			0,5 ml	0,8 ml
5 kg	1.25 ml*			0,6 ml	1,0 ml

Evitar usar 40 mg/ ml de gentamicina não diluida.

- Transferir é a melhor opção para o menor de 2 meses classificado como tendo uma POSSÍVEL INFECÇÃO BACTERIANA. Se não for possivel transferir, dar Penicilina Cristalina de 6 em 6 horas mais Gentamicina de 8 em 8 horas. Para a criança com menos de 1 semana de vida dar Gentamicina de 12 em 12 horas

TRATAR AS CONVULSÕES:

- Colocar o RN de lado para evitar aspiração. Não inserir nada na boca.
- Dar Diazepam por via rectal, usando uma seringa pequena sem agulha (ex seringa de tuberculina) ou usando um catéter

Dose de Diazepam (via rectal):

Ampola: 10mg/2 ml

Dose: 0,3mg/Kg

- Se as convulsões não tiverem parado depois de 10 minutos, repita a dose de Diazepam.
- Verifique os níveis de hipoglicémia, depois faça o tratamento ou a prevenção necessária.
- Dar Oxigénio, se disponível, e depois TRANSFERIR o Recém Nascido.

5.2.6 Cuidados do Pós-parto na Maternidade

Cuidados no 4º período do parto - primeiras 2 horas após o parto:

Durante este período a mulher passa por um intenso processo de recuperação pós-parto e o recém-nascido está se ajustando à vida fora do útero. É muito importante manter a mãe e o bebé juntos, o máximo possível, durante este período (de

preferência em contacto pele a pele) para manter o bebé aquecido, favorecer o estabelecimento do vínculo e promover a amamentação. O trabalhador de saúde deve manter a mãe e o bebé sob vigilância constante (observar a cada 15min) para identificar e manejar precocemente qualquer possível problema. Esta vigilância cuidadosa é fundamental para a prevenção da morte materna e neonatal.

Cuidados essenciais para a mulher durante as primeiras 2 horas após o parto:

- Manter a mulher abrigada e num lugar onde ela possa estar sob vigilância constante por pelo menos duas horas depois do parto.
- Avaliar a mulher de 15 em 15 minutos verificando:
- Se o útero se mantem contraído (repetir a massagem uterina a cada 15 min).
- Se há sangramento vaginal anormal
- Se os sinais vitais se mantém dentro dos limites de normalidade

Cuidados essenciais para o bebé durante as primeiras 2 horas após o parto:

- Controlar a respiração e temperatura do bebé tocando a pele ou medindo a temperatura axilar, de 15 em 15 minutos nas primeiras duas horas (ou até a temperatura estabilizar).
- Se necessário:
- Colocar o bebé num berço aquecido ou incubadora, numa circunstância em que o bébé ou a mãe tenham uma patologia que justifique estar separado da mãe
- Aspirar as secreções,
- Se tiver sangramento no cordão, voltar a laquear.
- Colocar o bebé para mamar na primeira hora após o parto: dar assistência à mãe durante as primeiras mamadas, se necessário, assegurando que o bebé esteja correctamente posicionado e com uma boa pega do peito materno (ensinar a mãe a colocar o mamilo saliente, para facilitar a pega).

Cuidados no puerpério antes da alta :

Avaliação das condições da mulher e procedimentos necessários antes da alta:

- **Verificar:**
- Os sinais vitais,
- As conjuntivas para o despiste de anemia e icterícia clínica, e edemas na face e nos membros,
- As mamas para avaliar o estabelecimento da lactação,
- A função da bexiga e intestinos,
- O abdómen para avaliar a involução e sensibilidade do útero,
- O períneo para ver o estado da episiotomia/ lacerações, cor, quantidade, consistência, cheiro dos lóquios e a presença de inflamação ou infecção.

- **Aplicar/prescrever:**
- Analgésico, quando necessário,
- Vitamina A (para as primeiras seis semanas),
- Sal ferroso e ácido fólico (até 3 meses após o parto),

- Outros medicamentos, se necessário.

- **Explicar à mulher sobre os cuidados a ter em casa:**
- Higiene e limpeza,
- Nutrição da mãe e do bebé realçando a importância do aleitamento materno exclusivo,
- Prevenção através da utilização de rede mosquiteira impregnada com insecticida e pulverização intradomiciliária, se necessário e tratamento da malária,
- Importância da suplementação de sal ferroso,
- Prevenção de ITS/HIV,
- PTV, possibilidade de tratamento e opções de alimentação infantil nas mulheres HIV+,
- Necessidade de se dirigir à US em caso de **sinais de perigo** como sangramento vaginal, lóquios fétidos, dificuldades respiratórias, febre, dores de cabeça fortes, visão turva, dores abdominais fortes e convulsões ou perda da consciência),
- Importância da consulta pós-parto/pós-natal e do planeamento familiar.
- Orientar a mulher para voltar à US para a consulta pós-natal dentro de uma semana após o parto.

Avaliação do estado do recém-nascido e cuidados necessários antes da alta:

- Determinar a idade gestacional utilizando a tabela resumida de Robinson ou Parkin (ver detalhes em tabela a seguir).
- **Manter o RN aquecido/aconchegado com um lençol ou manta e fazer as observações necessárias:**
- Estado geral /aparencia do bebé
- Respiração, frequência cardíaca e temperatura
- Cor da pele (cianose e icterícia)
- Malformações congénitas
- Tónus, vitalidade, choro e sucção
- Possíveis traumatismo do parto
- Aplicar as vacinas (BCG, pólio 0).
- Observar a mãe e RN durante a amamentação e verificar as boas práticas para a amamentação (ver detalhes em tabela a seguir).
- Explicar/Demonstrar como dar banho ao bebé.

- **Aconselhar a mãe sobre cuidados a ter com o recém-nascido em casa:**
  - Como cuidar do umbigo e dos olhos,
  - Posição correcta para amamentar, arrotar e dormir,
  - Como manter o recém-nascido aquecido,
  - A importância e calendário da vacinação,
  - Cuidados de higiene pessoal e lavagem das mãos antes e depois de pegar o bebé, dar de mamar (ou preparar o leite – no caso de aleitamento artificial)
  - Como criar um ambiente seguro,
  - Que deve voltar à US para consulta pós-natal dentro de uma semana após o parto

–

- **Necessidade de retornar imediatamente à US se houver sinais de perigo:**
  - alteração da respiração;
  - problemas na amamentação; choro anormal ou persistente;
  - gemido;
  - letargia/ fraqueza;
  - convulsões;
  - secreção purulenta nos olhos;
  - vermelhidão periumbilical e /ou cheiro fétido no coto umbilical;
  - icterícia; cianose;
  - dificuldade de defecar ou urinar;
  - fontanela abaulada;
  - hipotermia/hipertermia.

Tabela 7 - Tabelas de Parkin para avaliação da Idade Gestacional

Possibilita a avaliação da maturidade do RN com base em 4 parâmetros seguidos de pontuação. Mais indicada para RN acima das 36 semanas de gestação

	0	1	2	3	4
Textura da Pele	Muito fina e gelatinosa.	Lisa e fina.	Lisa, macia e pouco espessa Descamação superficial da pele pode ocorrer.	Levemente espessa, endurecida, pregas superficiais e descamação evidente da pele das mãos e pés.	Espessa com sulcos superficiais e profundos.
Cor da Pele	Vermelho escuro.	Rosada.	Rosa-pálida variando nas diversas partes do corpo.	Pálida. Rósea nas orelhas/lábios/ palmas/plantas	
Mamilos	Sem tecido mamário palpável.	Tecido mamário, em um ou dois lados, <0,5cm.	Tecido mamário em um ou ambos lados entre 0,5-1cm.	Tecido mamário em ambos os lados, um ou outro > 1cm.	
Orelhas	Membranosa, permanece na posição quando dobrada	Membranosa na borda, volta à posição habitual.	Cartilaginosa, volta logo quando dobrada.	Borda firme, cartilagem definitiva. Volta imediatamente após dobrada.	

Pontuação			
PONTOS	**SEMANAS**	**PONTOS**	**SEMANAS**
1	27	7	38 ½
2	30	8	39 ½
3	33	9	40
4	34 ½	10	41
5	36	11	41 ½
6	37	12	42

Sinais	**Semanas de gestação**
Posição lateral	<29
Reacção à luz	29
Reflexo da glabela	31
Rotação da cabeça	33-34
Tracção	35
Nódulo mamário de 5mm ou mais	36
Pregas no1/3 anterior da planta do pé	36
Pregas em toda planta do pé	>36

Tabela 8 - Tabela sobre Boas Práticas na Amamentação

Posição	**A posição da mãe**
– Todo o corpo do bebé deve estar voltado para a mãe e próximo do seu corpo. – A cara do bebé deve estar perto do seio com a ponta do nariz defronte ao mamilo e o queixo do bebé deve tocar o seio. – As nádegas do bebé devem ser suportadas pelo braço da mãe e, não apoiadas no colo dela. – A cabeça do bebé deve estar de frente para o seio. A cabeça e o corpo do bebé devem estar em linha recta. – O pescoço não deve estar estendido ou esticado. – Os braços do bebé não devem estar entre o bebé e o corpo da mãe.	– A mãe deve sentar-se ou deitar-se em qualquer lugar confortável de forma a estar relaxada. **Para uma boa pega a amamentação:** – Tocar com o mamilo no lábio superior do bebé e quando ele abrir a boca introduzir o mamilo. **Sinais de uma "boa pega na amamentação":** – A boca do bebé cobre o mamilo e o máximo possível da auréola. – A auréola deve estar mais visível na parte de cima do seio. – O queixo da criança deve tocar o seio. – Lábio inferior do bebé curvado para fora ("boca de peixe"). – A sucção e deglutição do leite podem fazer algum ruído.

5.2.7 Cuidados durante a Transferência de Mulheres e Recém-Nascidos entre Unidades Sanitárias

Cada mulher que é referida para outra US deve ser acompanhada de uma guia de transferência que contenha a seguinte informação:

- informação geral sobre a paciente (nome, idade, morada);
- história obstétrica (número de gestações, paridade, tempo de gestação, complicações no período pré-natal e outros relevantes);
- complicações obstétricas anteriores relevantes (cesarianas anteriores, hemorragia pós-parto);
- o problema específico pelo qual está a ser referida;
- a conduta e os tratamentos seguidos até à data e hora da referência e os resultados obtidos.

A guia de transferência **deve ser enviada de volta para a Unidade Sanitária que fez a referência** com informações sobre os cuidados prestados na unidade de referência e os resultados. Ambos, a US de referência e a unidade sanitária que referiu devem conservar o registo de todas as referências como mecanismo de controle da qualidade dos serviços:

- As Unidades Sanitárias que referem, podem assim avaliar o êxito e aplicabilidade das suas referências;

- O hospital distrital pode rever os registos para determinar se existem padrões indicando que um trabalhador de saúde ou U.S. necessita de apoio técnico ou formação adicional.

Transferência de Recém-nascidos:

Os seguintes cuidados são esseciais para assegurar uma tranferência adequada de um recém-nascido :

- Explique o problema do bebé à mãe.

- Mantenha o bebé aquecido. Embrulhe o bebé num pano macio e seco, tape-o com uma manta e assegure-se de que a cabeça esteja tapada para prevenir a perda de calor.

- Transfira o bebé na posição de canguru (contacto pele com pele). Se o **bebé precisar de tratamento especial como oxigénio**, transfira-o numa incubadora ou num berço, onde estiver disponivel.

- Inicie a amamentação logo que o bebé estiver bem para mamar, ou logo que o estado da mãe o permitir.

- Se a **amamentação tiver que ser adiada** devido a problemas com a mãe ou com o recém-nascido, ensine a mãe a extrair o leite do peito logo que possível e dá-lo ao seu bebé através de uma sonda nasogástrica.

- Assegure-se de que o serviço que está a cuidar do recém-nascido recebe o registo do trabalho de parto e parto e de quaisquer tratamentos dados ao recém-nascido.

6 ANESTESIA E ANALGESIA

Muitas vezes é necessário aliviar a dor durante o parto e também durante e após procedimentos cirúrgicos. Os métodos de alívio de dor discutidos abaixo incluem medicamentos analgésicos e métodos de apoio durante o parto, anestesia local, princípios gerais para a utilização da anestesia e analgesia após a cirurgia.

6.1 Medicamentos analgésicos durante o Trabalho de Parto

- A percepção de dor vária muito de acordo com o estado emocional da mulher. Cuidados de apoio emocional durante o parto proporcionam mais confiança e diminuem a percepção da dor.
- Se a **mulher estiver a sofrer com dores**, deixe-a andar ou pôr-se na posição que seja mais confortável para ela. Encoraje o seu acompanhante a massajar as costas ou a limpar a cara com um pano húmido entre as contracções. Encoraje o uso de técnicas de respiração e deixe que a mulher tome um banho morno se assim o desejar. Para a maior parte das mulheres, isto é suficiente para poderem enfrentar as dores do trabalho de parto. Se necessário, administre:

  - Petidina, 1mg/kg de peso (porém não mais do que 100 mg), por via IM ou IV, lentamente, de 4 em 4 horas conforme necessário ; ou administre morfina, 0,1mg/kg de peso, por via IM;

  - Prometazina, 25 mg por via IM, ou IV se começar a vomitar.

Não devem ser utilizados barbitúricos e sedativos para aliviar a ansiedade durante o trabalho de parto.

PERIGO

Se **for administrada petidina ou morfina à mãe**, o bebé poderá sofrer uma depressão respiratória. O antídoto é o naloxona.

Nota: Não administre naloxona aos recém-nascidos de mães com suspeita de terem abusado, recentemente, de drogas narcóticas.

- Se existirem **sinais de depressão respiratória** no recém-nascido, inicie de imediato a ressuscitação:
  - Após o estabelecimento dos sinais vitais, administre 0,1mg/ kg de peso de naloxona por via IV ao recém-nascido;

- Se o **bebé tiver circulação periférica suficiente após uma ressuscitação bem sucedida**, a naloxona pode ser administrado por via IM. Pode ser necessário repetir as doses para prevenir que se repita a depressão respiratória.

- Se **não houver sinais de depressão respiratória** no recém-nascido, mas se **tiver sido administrada petidina ou morfina dentro das 4 horas antes do nascimento**, observe o bebé para vigiar sinais de depressão respiratória e, se surgirem, trate como indicado acima.

6.2 Pré-Medicação com Prometazina e Diazepam

A pré-medicação é necessária para procedimentos que duram mais do que 30 minutos. A dose tem que ser ajustada ao peso e estado da mulher e ao estado do feto (quando presente). Uma combinação comum é a petidina e diazepam:

- Administre 1mg/kg de peso de petidina (porém não mais do que 100 mg) por via IM ou IV lentamente ou administre 0,1 mg/ kg de peso de morfina por via IM.

- Administre diazepam, com aumentos de 1mg, por via IV, e espere pelo menos 2 minutos antes de administrar outra dose. Um nível de sedação seguro e suficiente é alcançado quando a pálpebra superior da mulher fecha até cobrir a orla da pupila. Monitore a frequência respiratória de minuto a minuto. Se **a frequência respiratória cair abaixo de 10 respirações por minuto**, suspenda a administração de todas as drogas sedativas ou analgésicas.

Atenção : Não administre diazepam com petidina na mesma seringa visto que a mistura forma um precipitado. Utilize seringas separadas.

6.3 Anestesia local

A anestesia local (lidocaína com ou sem adrenalina) é usada para infiltrar os tecidos e bloquear os nervos sensitivos.

- **Uma vez que a mulher tenha recebido anestesia local e permanece acordada e alerta durante o procedimento, é especialmente importante assegurar:**
  - Aconselhamento para aumentar a cooperação e minimizar o receio;
  - Uma boa comunicação durante todo o procedimento, bem como encorajamento por parte do trabalhador de saúde, se necessário;
  - Tempo e paciência visto que a anestesia local não actua imediatamente.

- **São necessárias as seguintes condições para a utilização segura da anestesia local:**
  - Todos os membros da equipe cirúrgica devem ter conhecimentos e experiência na utilização de anestésicos locais;
  - Medicamentos e equipamento de emergência (aspiração, oxigénio, equipamento de ressuscitação) devem estar prontamente disponíveis e em condições de utilização, e todos os membros da equipe de cirurgia devem estar treinados na sua utilização.

6.3.1 Lidocaína

As preparações de lidocaína são normalmente de 2% ou 1% e precisam de ser diluídas antes de serem utilizadas. Para a maior parte dos procedimentos obstétricos, a preparação é diluída a 0,5%, o que dá o máximo efeito com o mínimo de toxicidade.

Tabela 9 - Preparação de uma solução de Lidocaína a 0,5%

Combine:
- Lidocaína 2%, 1 parte;
- Soro fisiológico ou água destilada esterilizada, 3 partes (não utilize uma solução de glicose visto que isto aumenta o risco de infecção).

ou
- Lidocaína 1%, 1 parte;
- Soro fisiológico ou água destilada esterilizada, 1 parte.

ADRENALINA

A adrenalina provoca vasoconstricção local. O seu uso com lidocaína tem as seguintes vantagens:

- menos perda de sangue;
- efeito da anestesia mais prolongado (normalmente 1-2 horas);
- menos risco de toxicidade devido a uma absorção mais lenta para a circulação geral.

Se o **procedimento requer que seja anestesiada uma área pequena** ou **requer menos de 40 ml de lidocaína** a adrenalina não é necessária. Contudo, **para superfícies maiores**, principalmente quando são necessários **mais do que 40 ml de lidocaína**, a adrenalina é necessária para reduzir a taxa de absorção, reduzindo assim a toxicidade.

A melhor concentração de adrenalina é 1:200.000 (5 mcg/ml). Esta concentração oferece o máximo efeito local com o mínimo risco de toxicidade da própria adrenalina.

Nota: é essencial medir a adrenalina cuidadosamente e com exactidão, utilizando uma seringa igual à da vacina de BCG ou insulina.

Tabela 10 - Fórmulas para a preparação de soluções de Lidocaína contendo Adrenalina

Quantidade desejada de anestésico local	**Soro Fisiológico**	**Lidocaína 2%**	**Adrenalina 1:1 000**
20 mL	15 mL	5 mL	0,1 mL
40 mL	30 mL	10 mL	0,2 mL
100 mL	75 mL	25 mL	0,5 mL
200 mL	150 mL	50 mL	1,0 mL

7 ASSISTÊNCIA ÀS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS

Uma das estratégias para a redução da morbi-mortalidade materna e peri-natal é o aumento da disponibilidade, qualidade e utilização dos Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos e Completos, para que as mulheres com complicações possam ter acesso a estes serviços, e recebam uma atenção atempada e de boa qualidade de acordo com a sua necessidade.

Os elementos essenciais para a atenção obstétrica e ao recém-nascido durante uma emergência estão divididos em Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos (COEmB), a serem prestados a nível da rede primária de atenção (Centros de Saúde) e Cuidados Obstétricos de Emergência Completos (COEmC) a serem prestados ao nível dos hospitais de referência (Hospitaisl Rurais, Provinciais, Gerais e Centrais). As funções vitais para cada um desses serviços são descritas a seguir.

Para cada pacote de cuidados foram definidas funções vitais para solucionar as patologias que mais frequentemente complicam a gravidez, parto e o puerpério as quais se não forem bem tratadas podem levar à morte, tanto da mãe como do seu recém-nascido. A seguir mencionamos essas funções vitais e as respectivas patologias. Isto permite uma maior clareza do que significa falar dos Cuidados Obstetricos de Emergência (COEm).

Tabela 11 - Funções Vitais dos COEm e patologias principais

Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos (COEmB)	**Patologias /complicações principais**
1. Administração parenteral de antibióticos	Infeções puerperais
2. Administração parenteral de oxitócicos	Hemorragia pós-parto
3. Adminsitração parenteral de anticonvulsivantes.	Pré-eclâmpsia grave e Eclâmpsia
4. Remoção manual da placenta.	Retenção Placentar
5. Aspiração manual intrauterina -AMIU).	Remoção de produtos ovulares retidos (do aborto ou restos placentares)
6. Parto assistido por ventosa	Trabalho de parto arrastado (período expulsivo prolongado)
7. Reanimação Neonatal básica	Hipóxia neonatal
Cuidados Obstétricos de Emergência Completos (COEmB) Inclui todas as funções básicas mais:	
8. Capacidade cirúrgica (cesareana, histerectomia obstétrica, laparotomia)	Patologia do parto/ TPA/Obstruído/Apresentações viciosas, Sofrimento Fetal, ruptura uterina, gravidez ectópica)
9. Transfusão de sangue	Hemorragia ante-parto, Hemorragia pós-parto, choque hemorrágico.
10. Reanimação Neonatal avançada	Hipoxia neonatal severa

8 AVALIAÇÃO INICIAL RÁPIDA

Uma mulher que apresenta uma complicação obstétrica que pode chegar a ser mortal, encontra-se numa situação de emergência que requer diagnóstico e manejo imediatos. É necessário, portanto, avaliar rápidamente a sua condição para determinar a gravidade do problema e definir as condutas necessárias.

Tabela 12 - Avaliação inicial rápida da mulher com problema

Avalie	Sinais de perigo	Considere
As vias respiratórias e a respiração	**VERIFIQUE SE HÁ:** • **Cianose (cor azulada)** • **Dificuldade respiratória** **EXAMINE** • **Pele: palidez** • **Pulmões: sibilos ou fervores**	• **Anemia grave** • **Insuficiência cardíaca** • **Pneumonia** • **Asma**
Circulação (sinais de choque)	**EXAMINE** • **Pele: fria e húmida** • **Pulso: acelerado (110/min ou mais) e fraco** • **Tensão arterial: baixa (sistólica menos do que 90 mm Hg)**	**Choque, *ver página 87***
Hemorragia vaginal (no início ou fim da gravidez e após o parto)	**PERGUNTE SE:** • **Está grávida, tempo de gestação** • **Teve parto recentemente** • **A placenta foi removida, extraída** **EXAMINE** • **Vulva: quantidade de perda de sangue, se há retenção da placenta, lacerações óbvias** • **Útero: atonia** • **Bexiga: cheia** **NÃO FAÇA UM EXAME VAGINAL NESTA FASE**	• **Aborto** • **Gravidez Ectópica** • **Gravidez Molar** ***Ver Hemorragia vaginal no início da gravidez, página 100*** • **Descolamento de placenta** • **Ruptura Uterina** • **Placenta Prévia** ***Ver Hemorragia vaginal no fim da gravidez e trabalho de parto, página 103*** • **Útero atónico** • **Lacerações do colo e da vagina** • **Retenção da placenta** • **Inversão do útero** ***Ver Hemorragia vaginal após o parto, página 158***
Inconsciência ou com convulsões	**PERGUNTE SE:** • **Está grávida, tempo de gestação** **EXAMINE** • **Tensão arterial: alta (diastólica 90 mm Hg ou mais)** • **Temperatura: 38º C ou mais**	• **Eclâmpsia** • **Malária** • **Epilepsia** • **Tétano**
Febre alta	**PERGUNTE SE:** • **Está fraca, letárgica**	• **Infecção das vias urinárias** • **Malária**

Avalie	Sinais de perigo	Considere
	• **Urina frequentemente e com dores** **EXAMINE:** • **Temperatura: 38º C ou mais** • **Inconsciente** • **Pescoço: rígido** • **Pulmões: respiração superficial, sinais de consolidação (sopro tubárico)** • **Abdómen: dor severa** • **Vulva: corrimento purulento** • **Mamas: sensíveis**	• **Metrite** • **Abcesso pélvico** • **Peritonite** • **Infecção das mamas** ***Ver Febre durante a gravidez, trabalho de parto ou após o parto, página 170*** • **Complicações após aborto** ***Ver Hemorragia vaginal no início da gravidez, página 100*** • **Pneumonia**
Dor abdominal	**PERGUNTE SE:** • **Está grávida, tempo de gestação** **EXAMINE** • **Tensão arterial: baixa (sistólica menos do que 90 mm Hg)** • **Pulso: acelerado (110 ou mais)** • **Temperatura: 38º C ou mais** • **Útero: estado de gravidez**	• **Quisto do ovário** • **Apendicite** • **Gravidez ectópica** • **Possível trabalho de parto pré termo ou de termo** • **Amniotite** • **Descolamento de placenta** • **Ruptura uterina** ***Ver dor abdominal na gravidez e após o parto, página 80***

A mulher também precisa de atenção imediata se apresentar quaisquer dos seguintes sinais:

- Corrimento mucoso tingido de sangue (rolhão mucoso) com contracções palpáveis;
- Rotura das membranas,
- Palidez;
- Astenia,
- Desmaios;
- Cefaleias fortes;
- Visão turva;
- Vómitos;
- Febre,
- Dificuldade respiratória.

Se a mulher apresentar qualquer um desses problemas durante a avaliação inicial rápida, ela deve ser atendida com prioridade e tratada de imediato.

8.1 Como responder a uma Emergência

A resposta pronta e eficaz a uma emergência exige que os membros da equipe clínica conheçam os seus papeis, saibam como manejar as principais complicações

obstétricas e neonatais e tenham o equipamento e os medicamentos de emergência organizados, disponíveis e funcionais.

CONDUTA INICIAL

Ao tratar uma emergência:

- Mantenha-se calmo. Pense logicamente e tenha muita atenção às necessidades da mulher.
- Não deixe a mulher sozinha.
- Assuma a responsabilidade. Evite a confusão, tendo como responsável uma só pessoa.
- **PEÇA AJUDA**. Deixe que uma pessoa vá buscar ajuda e outra junte o equipamento de emergência e outros materiais/medicamentos necessários (p. ex. cilindro de oxigénio, kit de emergência).
- Se a **mulher estiver inconsciente**, avalie as vias respiratórias, a respiração e a circulação.
- Se **suspeitar de choque**, inicie o tratamento imediatamente (*página 87*). Mesmo se não houver sinais de choque, tenha isso sempre em mente quando estiver a avaliar a mulher com mais detalhe, visto que o seu estado se pode deteriorar rapidamente. Se houver **desenvolvimento de choque**, é importante iniciar o tratamento imediatamente.
- Coloque a mulher deitada em decúbito lateral esquerdo com os pés elevados.
- Fale com a mulher e ajude-a a manter-se calma. Pergunte-lhe o que aconteceu e quais os seus sintomas.
- Faça um exame rápido incluindo os sinais vitais (tensão arterial, pulso, respiração, temperatura) e a cor da pele. Faça uma estimativa da quantidade de sangue perdido e avalie os sintomas e os sinais.

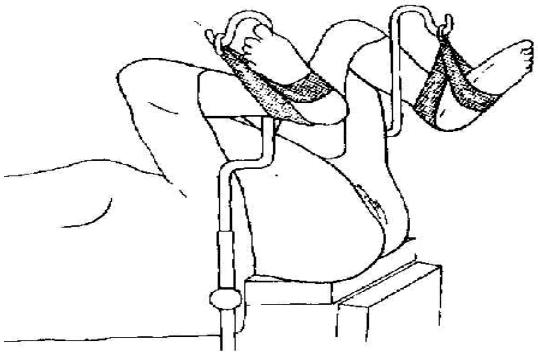
8.2 Princípios básicos para realizar os procedimentos

Antes de executar qualquer procedimento simples (não cirúrgico), é necessário:

- Recolher e preparar todos os materiais. A falta de materiais pode interromper um procedimento.
- Explique o procedimento à mulher e a necessidade de o fazer e obtenha o seu consentimento.
- Administre medicação suficiente para dor, de acordo com a dimensão do procedimento planeado. Calcule a duração do procedimento e administre medicação para dores conforme as circunstâncias (*ver Anestesia e Analgesia, pagina 69*).

- Coloque a mulher numa posição apropriada para o procedimento que vai ser efectuado. A posição mais utilizada para os procedimentos obstétricos é a posição de litotomia (ou posição obstétrica/ ginecológica).

Figura 19 - Posição de litotomia



- Lave as mãos com água e sabão e ponha as luvas apropriadas para o procedimento.
- Se **a vagina e o colo tiverem que ser preparados com um anti-séptico** antes de ser realizado o procedimento (p. ex. aspiração a vácuo manual):
  - Lave a parte inferior do abdómen e zona perineal da mulher com água e sabão, se necessário;
  - Insira cuidadosamente um espéculo ou retrator (es) desinfectado (s) ou esterilizado (s);
  - Aplique uma solução anti-séptica (p. ex., compostos iodados, clorexidina) três vezes na vagina e colo utilizando uma pinça de anel esterilizada ou desinfectada e uma bola absorvente de algodão ou gaze.
- Se **a pele tiver que ser preparada com anti-séptico** antes de ser realizado o procedimento (por ex. sinfisiotomia):
  - Lave a área com água e sabão, se necessário;
  - Aplique uma solução anti-séptica (p. ex., compostos iodados, clorexidina) três vezes sobre a área utilizando uma pinça de anel esterilizada ou desinfectada e uma bola absorvente de algodão ou gaze. Se segurar a bola de algodão com a mão enluvada, tenha o cuidado de não contaminar a luva tocando na pele que não foi preparada;
  - Comece no centro da área onde vai realizar o procedimento e faça movimentos circulares para fora da área;
  - Quando chegar próximo da zona esterilizada, deite fora a compressa.

- Nunca volte para o meio da área já desinfectada com a mesma bola de algodão. Mantenha os braços e cotovelos elevados e a bata cirúrgica afastada da área de cirurgia.

8.3 Implementação dos Mecanismos de Avaliação Inicial Rápida

O inicio rápido do tratamento requer o reconhecimento imediato do problema específico e uma acção rápida. Isto pode ser feito através:

- da formação de todo o pessoal – incluindo serventes, guardas, porteiros ou operadores telefónicos – para que possam reagir de uma forma programada ("despertar o alarme", pedir ajuda) quando uma mulher chega à Unidade Sanitária com uma emergência obstétrica ou complicação de gravidez, ou quando a Unidade Sanitária é informada que uma mulher está a ser encaminhada para esse local;
- de simulações clínicas ou de emergência com pessoal para assegurar a sua disponibilidade a todos os níveis;
- de assegurar que o acesso não se encontre bloqueado (as chaves devem estar sempre disponíveis) e o equipamento deve estar sempre em óptimas condições de uso (verificações diárias) e o pessoal deve ter a formação adequada para o seu uso;
- da existência de Normas e Protocolos (sabendo como utilizá-los) para reconhecer a verdadeira emergência e como reagir imediatamente.
- estabelecendo claramente que mulheres na sala de espera – mesmo as que esperam consultas de rotina – devem receber atenção rápida ou imediata e que, consequentemente, devem ser encaminhadas para a frente da fila (concordando que mulheres em trabalho de parto ou mulheres que tenham quaisquer dos problemas descritos nas Tabelas anteriores devem ser vistas imediatamente por um trabalhador de saúde preparado);
- de um acordo sobre mecanismos através dos quais as mulheres em situações de emergência possam estar isentas de pagamento, pelo menos temporariamente.

8.4 Diagnóstico dos Problemas Frequentes na Gravidez, Parto e Puerpério

8.4.1 Dor Abdominal na Gravidez e depois do Parto

CONDUTA GERAL

- Faça uma **avaliação rápida** do estado geral da mulher, incluindo sinais vitais (pulso, tensão arterial, respiração, temperatura).
- Se **suspeitar de choque** inicie o tratamento imediatamente (*página 87)*. Mesmo que os sinais de choque não estejam presentes, tenha sempre em mente a possibilidade de ele ocorrer, ao avaliar posteriormente a mulher, porque o seu estado pode piorar rapidamente. Se o **choque se desenvolver**, é importante iniciar o tratamento imediatamente.

8.4.2 Dor Abdominal na Fase Inicial da Gravidez

- A mulher tem dor abdominal nas primeiras 22 semanas de gestação.

Tabela 63: Diagnóstico de dor abdominal na fase inícial da gravidez

Manifestações iniciais e outros sintomas e sinais tipicamente presentes	Sintomas e sinais por vezes presentes	Diagnóstico provável
• Dor abdominal • Massa anexial ao exame vaginal	• Massa discreta e dolorosa palpável no abdómen inferior • Ligeira perda de sangue vaginal	**Quisto do ovário**
• Dor no abdómen inferior • Febre ligeira • Reacção peritoneal	• Distensão abdominal • Anorexia • Náuseas/ vómitos • Íleo paralítico • Aumento dos glóbulos brancos • Nenhuma massa no abdómen inferior • Local da dor mais alto do que o esperado	**Apendicite,**
• Disúria • Frequência aumentada e urgência de micção • Dor abdominal	• Dor retro-púbica/ supra-púbica	**Cistite**
• Disúria • Picos de febre/ arrepios de frio • Frequência aumentada e urgência de micção • Dores abdominais	• Dor retro-púbica/ supra-púbica • Dor/ sensibilidade lombar • Sensibilidade na caixa torácica • Anorexia • Náuseas/ vómitos	**Pielonefrite aguda**
• Febre / arrepios de frio • Dores no abdómen inferior • Ausência de ruídos intestinais	• Reacção peritoneal • Distensão abdominal • Anorexia • Náuseas/ vómitos • Choque	**Peritonite,** ***pág.184***
• Dor abdominal • Ligeira perda de sangue • Colo fechado • Útero ligeiramente maior do que o normal • Útero mais mole do que o normal.	• Desmaio • Massa anexial dolorosa • Amenorreia • Dor à mobilização do colo	**Gravidez Ectópica,** ***pág.100***

[a] *Os quistos dos ovários podem ser assintomáticos e por vezes são detectados pela primeira vez ao exame físico*
[b] Ligeira perda de sangue: é quando um penso ou um pano limpo, leva mais do que cinco minutos para ficar ensopado

- Se existem **sinais de peritonite** (febre, dor à descompressão, dor abdominal), administre antibióticos como para a peritonite (*página 184*).

  Nota: A presença de peritonite aumenta a probabilidade de aborto ou trabalho de parto pré-termo.

- Se a **mulher tiver dor severa**, administre 1 mg/kg de peso de petidina (mas não mais do que 100 mg) por via IM ou IV, lentamente, ou administre 0,1 mg/kg de peso de morfina por via IM.
- Podem ser necessárias drogas tocolíticas para evitar o trabalho de parto pré-termo **(*página126*).**

8.4.3 Dor Abdominal na Fase Tardia da Gravidez e após o Parto

- A mulher tem dor abdominal a partir das 28 semanas de gestação.
- A mulher tem dor abdominal durante as primeiras 6 semanas após o parto.

Tabela 14 - Diagnóstico de dor na fase avançada da gravidez e após o parto

Manifestações iniciais e outros sintomas e sinais tipicamente presentes	Sintomas e sinais por vezes presentes	Diagnóstico provável
• Contracções palpáveis • Corrimento mucoso manchado de sangue (rolhão mucoso) ou corrimento aquoso **antes das 37 semanas**	• Dilatação e apagamento do colo • Ligeira perda de sangue vaginal (um penso ou pano limpo, leva mais do que 5 minutos para ficar ensopado)	**Possível trabalho de parto pré-termo, *pág. 126***
• Dor abdominal intermitente ou constante • Perda de sangue **a partir das 28 semanas de gestação** (pode estar retido no útero)	• Choque • Útero tenso/ doloroso • Movimentos fetais diminuídos/ ausentes • Sofrimento fetal ou ausência de sons cardíacos fetais	**Descolamento da placenta, *pág.105***
• Dor abdominal severa (pode diminuir depois da ruptura) • Hemorragia (intra-abdominal e/ou vaginal)	• Choque • Distensão abdominal/ líquido livre • Contorno uterino anormal • Abdómen doloroso • Partes fetais facilmente palpáveis • Ausência de movimentos fetais e de sons cardíacos fetais • Pulso materno rápido	**Ruptura uterina, *pág. 107***
• Dor abdominal • Corrimento vaginal aquoso fétido a **partir das 28 semanas** de gestação • Febre/ arrepios de frio	• História de perdas de líquido • Útero sensível • Batimentos cardíacos fetais rápidos • Ligeira perda de sangue vaginal	**Amniotite, *pág.130***
• Dor abdominal • Disúria • Frequência aumentada e urgência de micção	• Dor retro-púbica/ supra-púbica	**Cistite,**
• Disúria • Dor abdominal • Picos de febre / arrepios de frio • Frequência aumentada e urgência de	• Dor retro-púbica/supra-púbica • Dor/ sensibilidade lombar • Sensibilidade na caixa torácica • Anorexia	**Pielonefrite aguda**

Manifestações iniciais e outros sintomas e sinais tipicamente presentes	Sintomas e sinais por vezes presentes	Diagnóstico provável
micção	• Náuseas/ vómitos	
• Dor no abdómen inferior • Febre ligeira • Dor à descompressão (Blumberg positivo)	• Distensão abdominal • Anorexia • Náuseas/ vómitos • Íleo paralítico • Aumento de glóbulos brancos • Nenhuma massa no abdómen inferior • Localização da dor mais alta do que a esperada	**Apendicite,**
• Dor no abdómen inferior • Febre/ arrepios de frio • Lóquios purulentos, fétidos • Útero sensível	• Ligeira perda de sangue vaginal • Choque	**Metrite, *pág. 178***
• Dor e distensão do abdómen inferior • Picos de febre persistentes/ arrepios de frio • Útero sensível	• Resposta fraca aos antibióticos • Tumefacção nos anexos ou no fundo de saco de Douglas • Pus colhido por culdocentese	**Abcesso pélvico, *pág.178***
• Dor no abdómen inferior • Febre / arrepios de frio • Ausência de ruídos intestinais	• Dor à descompressão (Blumberg positivo) • Distensão abdominal • Anorexia • Náuseas/ vómitos • Choque	**Peritonite, *pág.184***
• Dor abdominal • Massa anexial ao exame vaginal	• Massa discreta e dolorosa, palpável no abdómen inferior • Ligeira perda de sangue vaginal	**Quisto do ovário[a],**
[a] Os quistos dos ovários podem ser assintomáticos e são por vezes detectados, pela primeira vez, ao exame físico.		

8.4.4 Dificuldade Respiratória

PROBLEMA

Situação em que uma mulher tem falta de ar durante a gravidez, trabalho de parto ou após o parto.

CONDUTA GERAL

- Faça uma avaliação rápida do estado geral da mulher, incluindo sinais vitais (pulso, tensão arterial, respiração, temperatura).
- Coloque a mulher em decúbito lateral esquerdo.
- Canalize uma veia e faça uma infusão de líquidos por via IV.
- Administre oxigénio a 4-6 L por minuto por máscara ou sonda nasal.

- Determine o nível de hemoglobina usando um hemoglobinómetro ou um outro método simples.

Tabela 15 - Diagnóstico da dificuldade respiratória

Manifestações iniciais e outros sintomas e sinais tipicamente presentes	Sintomas e sinais por vezes presentes	Diagnóstico provável
• Dificuldade respiratória • Palidez das conjuntivas, língua, leito ungueal e/ou palmas das mãos • 7 g de hemoglobina por dL ou menos • Hematócrito 20% ou menos	• Letargia e fadiga • Unhas chatas ou côncavas	**Anemia grave**
• Sintomas e sinais de anemia grave	• Edema • Tosse • Fervores • Edema das pernas • Fígado aumentado • Veias do pescoço salientes	**Insuficiência cardíaca devida a anemia, *pág.156***
• Dificuldade respiratória • Sopro diastólico e/ou • Sopro sistólico áspero com vibração palpável	• Batimentos cardíacos irregulares • Coração aumentado • Fervores • Cianose (cor azulada) • Tosse • Edema das pernas • Fígado aumentado • Veias do pescoço salientes	**Insuficiência cardíaca devida a doença cardíaca, *pág.156***
• Dificuldade respiratória • Febre • Tosse com expectoração • Dor torácica	• Sinais de consolidação pulmonar • Garganta congestionada • Respiração rápida • Roncos/ fervores	**Pneumonia,**
• Dificuldade respiratória • Respiração sibilante	• Tosse com expectoração • Roncos/ fervores • Sibilos	**Asma brônquica, *pág.157***
• Dificuldade respiratória • Hipertensão • Proteinúria	• Fervores • Tosse espumosa	**Edema pulmonar associado a pré-eclâmpsia,*pag 157***
[a] Suspenda os líquidos e administre 40 mg de furosemida por via IV		

8.4.5 Tensão Arterial Elevada, Cefaleias, Visão Turva, Convulsões ou Perda aa Consciência

PROBLEMAS

- Uma mulher grávida ou uma mulher que teve parto recentemente queixa-se de dores de cabeça ou visão turva.

- Uma mulher grávida ou uma mulher que teve parto recentemente é encontrada inconsciente ou tendo convulsões.

- Uma mulher grávida que tem a tensão arterial alta.

CONDUTA GERAL

- Se uma mulher estiver inconsciente ou com convulsões, **PEÇA AJUDA**. Mobilize urgentemente todo o pessoal disponível.

- Faça uma avaliação rápida das condições gerais da mulher incluindo os sinais vitais (pulso, tensão arterial, respiração) ao mesmo tempo que procura obter a história actual e anterior da mulher (através dela ou de familiares).

- Se a mulher não estiver a respirar ou se a sua respiração for pouco profunda:

- Verifique as vias aéreas e se necessário intube-a;

    - Se a mulher não respirar, ajude a ventilação usando o Ambu e máscara e administre oxigénio a 4-6 L por minuto através de um tubo endo-traqueal;

    - Se a mulher respirar, administre oxigénio a 4-6 L por minuto por meio de uma máscara ou cânula nasal.

- Se a mulher estiver inconsciente:

    - Verifique as vias aéreas e a temperatura;

    - Coloque-a sobre o lado esquerdo;

    - Verifique se há rigidez da nuca.

- Se a mulher estiver a ter convulsões:

    - Coloque-a sobre o lado esquerdo para reduzir o risco de aspiração de secreções, vómitos e sangue;

    - Proteja-a de danos (queda), mas não tente amarrá-la;

    - Proporcione uma supervisão constante;

    - Se for diagnosticada eclâmpsia, administre sulfato de magnésio;

    - Se a causa das convulsões não tiver sido determinada, proceda como se se tratasse de uma eclâmpsia e continue a investigar outras causas.

Tabela 16 - Diagnóstico de TA elevada, cefaleias, visão turva, convulsões ou perda de consciência

Manifestações iniciais e outros sintomas e sinais tipicamente presentes	Sintomas e sinais por vezes presentes	Diagnóstico provável
• **Tensão arterial diastólica de 90 mm Hg ou mais antes das primeiras 20 semanas de gestação**		Hipertensão crónica, ***pág. 122***
• **Tensão arterial diastólica de 90-110 mm Hg ou mais antes de 20 semanas de gestação** • **Proteinúria até 2+**		Hipertensão crónica com sobreposição de pré-eclâmpsia ligeira
• **Duas leituras de tensão arterial diastólica de 90-110 mm Hg com a diferença de 4 horas depois de 20 semanas de gestação** • **Nenhuma proteinúria**		Hipertensão induzida pela gravidez, ***pág. 111***
• **Duas leituras de tensão arterial diastólica de 90-110 mm Hg com a diferença de 4 horas depois de 20 semanas de gestação** • **Proteinúria até 2+**		Pré-eclâmpsia Moderada, ***pág. 113***
• **Tensão arterial diastólica de 110 mm Hg ou mais depois de 20 semanas de gestação** • **Proteinúria de 3+ ou mais**	• Hiper-reflexia • Dores de cabeça (maior frequência e sem melhoria com o uso de analgésicos) • Visão turva • Oligúria (produção de menos de 400 mL de urina em 24 horas) • dores epigástricas ou dores no quadrante superior direito • Edema pulmonar	Pré eclâmpsia grave[a], ***pág. 114***
• **Convulsões** • **Tensão arterial diastólica de 90 mm Hg ou mais depois de 20 semanas de gestação** • **Proteinúria de 2+ ou mais**	• Coma (inconsciente) • Outros sintomas e sinais de pré-eclâmpsia grave	Eclâmpsia, ***pág. 116***
• **Trismos (dificuldade em abrir a boca e mastigar)**	• Espasmos da face, pescoço e tórax • Costas arqueadas • Abdómen chato • Espasmos espontâneos violentos	Tétano
[a] Se uma mulher tiver qualquer um dos sintomas ou sinais listados sob pré-eclâmpsia grave, faça o diagnostico de pré-eclâmpsia grave .		
• **Convulsões** • **História passada de convulsões** • **Tensão arterial normal**		Epilepsia[b]
• **Febre**	• Baço dilatado	Malária não complicada

Manifestações iniciais e outros sintomas e sinais tipicamente presentes	Sintomas e sinais por vezes presentes	Diagnóstico provável
• **Arrepios de frio / calores** • **Dores de cabeça** • **Dores musculares/ nas articulações**		
• **Sintomas e sinais de malária não complicada** • **Coma** • **Anemia**	• Convulsões • Icterícia	Malária grave /complicada
• **Dores de cabeça** • **Pescoço Rígido** • **Fotofobia** • **Febre**	• Convulsões • Confusão • Sonolência • Coma	Meningite[b,c] ou Encefalite[b,c]
• **Dores de cabeça** • **Visão turva**	• Vómitos	Enxaqueca[d]

[b] Se o diagnóstico de eclâmpsia não puder ser excluído, continue o tratamento para eclâmpsia.
[c] Faça uma punção lombar e examine o fluido e administre o tratamento se suspeitar de uma meningite ou encefalite.
[d] Administre analgésicos (p. ex. 500 mg de paracetamol por via oral se necessário).

Nota: Uma pequena proporção de mulheres com eclâmpsia tem tensão arterial normal. Trate todas as mulheres com convulsões como se tivessem eclâmpsia até um outro diagnóstico ser confirmado.

8.4.6 Perdas Vaginais na Fase Tardia da Gravidez

PROBLEMA

- Perda vaginal a partir das 22 semanas de gestação.

CONDUTA GERAL

- Confirme a exactidão da idade gestacional calculada, se possível.
- Use um espéculo esterilizado para avaliar o líquido vaginal (quantidade, cor, e cheiro) e exclua a possibilidade de uma incontinência urinária.

Nota : Se a mulher se queixar de perda de líquido em gravidez avançada (a partir das 28 semanas), não faça nenhum toque vaginal.

Tabela 17 - Diagnóstico de perdas vaginais na fase tardia da gravidez

Manifestações iniciais e outros sintomas e sinais tipicamente presentes	**Sintomas e sinais por vezes presentes**	**Diagnóstico provável**
• Perda vaginal aquosa	• Saída repentina ou perda intermitente de líquido • Líquido visto no intróito • Nenhuma contracção no período de 1 hora	**Rotura Prematura das membranas (antes do trabalho de parto), *pág. 128***
• Perda vaginal aquosa com cheiro fétido após as 22 semanas de gestação • Febre/ arrepios de frio • Dor abdominal	• História de perda de fluidos • Útero doloroso • Batimentos cardíacos fetais rápidos • Ligeira [a] perda de sangue vaginal	**Amniotite, *pág.130***
• Corrimento vaginal com cheiro fétido • Nenhuma história de perda de líquido	• Prurido • Corrimento espumoso/ coalhado • Dor abdominal • Disúria	**Vaginite/ cervicite**[b]
• Perda vaginal hemática	• Dor abdominal • Perda dos movimentos fetais • Hemorragia vaginal abundante e prolongada	**Hemorragia ante-parto, *página 103***
• Perda vaginal mucosa ou aquosa manchada de sangue (rolhão mucoso)	• Dilatação e apagamento do colo • Contracções	**Possível trabalho de parto de termo, pág. 28** Ou p**ossível TP pré-termo, *pag 126.***

[a] Ligeira perda de sangue: um penso ou pano limpo leva mais do que 5 minutos para ficar ensopado.
[b] Determine a causa e trate de modo adequado.

9 CHOQUE

O choque é caracterizado pela falha do sistema circulatório em manter uma perfusão adequada de sangue aos órgãos vitais. O choque é uma **condição de perigo de vida** que requer **tratamento imediato e intensivo**.

Suspeite de ou preveja a ocorrência do choque, se pelo menos um dos seguintes sintomas estiver presente:

- Hemorragia;
- Infecção (p. ex. Aborto inseguro ou séptico, amnionite, metrite, pielonefrite);
- Trauma (p. ex. Lesão do útero ou intestino durante o aborto, ruptura uterina, lacerações do tracto genital).

9.1 Sintomas e sinais

Diagnostique choque se os seguintes sintomas e sinais estiverem presentes:

- Pulso rápido, fraco (110 por minuto ou mais);
- Tensão arterial baixa (sistólica de menos do que 90 mm Hg).

Outros sintomas e sinais de choque incluem:

- Palidez (especialmente da mucosa das pálpebras, palmas das mãos ou à volta da boca);
- Transpiração ou pele húmida e fria;
- Respiração rápida (30 ou mais respirações por minuto);
- Ansiedade, confusão ou inconsciência;
- Excreção escassa de urina (menos do que 30 ml por hora).
- Sede excessiva (pedido de água)

9.2 Conduta

Conduta imediata

- **PEÇA AJUDA**. Mobilize urgentemente todo o pessoal disponível.
- Monitore os sinais vitais (pulso, tensão arterial, respiração, temperatura).
- Vire a mulher de lado para minimizar o risco de aspiração se vomitar e para assegurar que as vias aéreas estejam livres.
- Conserve a mulher aquecida mas não a aqueça demais porque isso aumentará a circulação periférica e reduzirá o abastecimento de sangue aos centros vitais.
- Eleve as pernas para melhorar o retorno do sangue ao coração (se possível, eleve os pés da cama).

Conduta específica

- Canalize imediatamente uma ou duas veias usando uma cânula ou agulha de grande diâmetro interno (de calibre 16 ou o maior disponível). Tire sangue para o teste de hemoglobina, prova cruzada (grupo sanguíneo e compatibilidade) e prova de coagulação (ver abaixo), imediatamente antes da infusão de fluidos:

  - Faça rapidamente a infusão intravenosa de fluidos (soro fisiológico ou lactato de Ringer), inicialmente cerca de 1 L em 15 - 20 minutos;

    Nota: Evite usar substitutos de plasma (por exemplo, dextrano). Não há provas de que os substitutos do plasma sejam superiores ao soro fisiológico na ressuscitação de uma mulher em choque, e o dextrano pode ser prejudicial quando administrado em grandes quantidades.

  - Administre pelo menos 2 L destes fluidos na primeira hora. Isto deve ser feito em adição à restituição de fluidos para perdas em curso.

    Nota: No manejo do choque resultante de hemorragia é necessária uma infusão a uma velocidade mais rápida. O objectivo é substituir 2-3 vezes a perda de fluidos estimada.

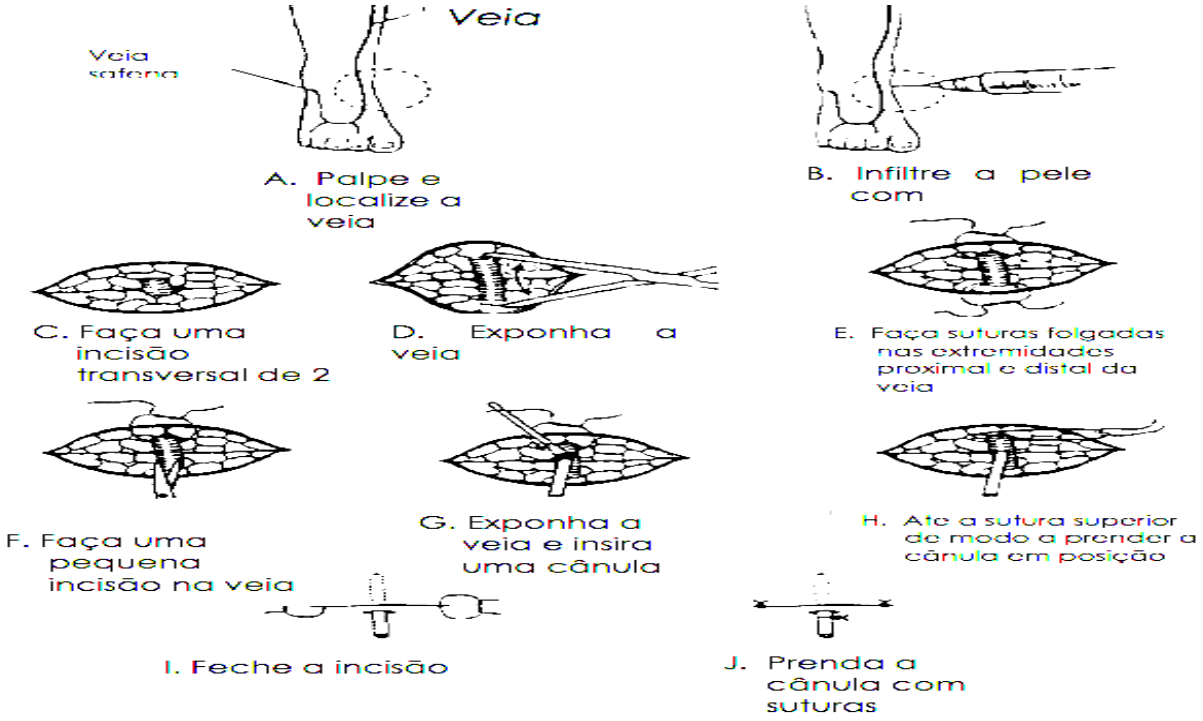
Não administre fluidos oralmente a uma mulher em estado de choque

Se necessário faça um **Desbridamento (venotomia)**

Ver Passos na Figura 20:

A. Palpe e localize a veia Safena
B. Infiltre a pele com anestésico local
C. Faça uma incisão transversal de 2 cm
D. Exponha a veia
E. Faça suturas folgadas nas extremidades proximal e distal da veia
F. Faça uma pequena incisão na veia
G. Exponha aveia e insira uma cânula
H. Ate a sutura superior de modo a prender a canula em posição
I. Feche a incisão
J. Prenda a cânula com suturas

Figura 20 – Desbridamento/ venotomia


Veia
Veia safena
A. Palpe e localize a veia
B. Infiltre a pele com
C. Faça uma incisão transversal de 2
D. Exponha a veia
E. Faça suturas folgadas nas extremidades proximal e distal da veia
F. Faça uma pequena incisão na veia
G. Exponha a veia e insira uma cânula
H. Ate a sutura superior de modo a prender a cânula em posição
I. Feche a incisão
J. Prenda a cânula com suturas

9.3 Determinação e manejo da causa do Choque

Determine a causa do choque depois do estado da mulher estar estabilizado.

- Se suspeitar que uma **hemorragia abundante** seja a causa do choque:
  - Tome medidas simultâneas para parar a hemorragia (por exemplo, oxitócicos, massagem uterina, compressão bimanual, compressão aórtica, preparação para intervenção cirúrgica);
  - Faça uma transfusão assim que possível para restituir o sangue perdido;
  - Determine a causa da hemorragia e faça o seu manejo:
    - Se a **perda ocorrer antes das 28 semanas de gravidez**, suspeite de aborto, gravidez ectópica ou molar;
      - Se a **perda ocorrer a partir das 28 semanas de gravidez ou durante o trabalho de parto, mas antes do parto**, suspeite de placenta prévia, descolamento da placenta ou ruptura uterina;
      - Se a **perda ocorrer depois do nascimento da criança**, suspeite de ruptura uterina, atonia uterina, lacerações do canal genital, retenção da placenta ou de fragmentos da placenta.
- Se **suspeitar que uma infecção** seja a causa do choque:

- Tire amostras apropriadas (sangue, urina, pus) para cultura antes de iniciar antibióticos (se a Unidade Sanitária tem meios para fazer culturas);
- Administre à mulher uma combinação de antibióticos que cubram infecções aeróbicas e anaeróbicas e continue até que a mulher deixe de ter febre por 48 horas:
  - 2 milhões de unidades de penicilina G OU 1 g de ampicilina por via IV de 6 em 6 horas;
  - MAIS 80mg de gentamicina por via IV de 8 em 8 horas
  - MAIS 500 mg de metronidazol, por via IV de 8 em 8 horas.

Não administre antibióticos por via oral a uma mulher em choque.

- Se **suspeitar de um trauma** como causa do choque, procure imediatamente uma observação pelo cirurgião pois pode ser necessária uma intervenção cirúrgica.

9.4 Reavaliação da doente após o tratamento do Choque

- Reavalie a resposta da mulher aos fluidos dentro de 30 minutos para determinar se a sua condição está a melhorar. Os sinais de melhoria incluem:
  - Estabilização do pulso (90 ou menos batimentos por minuto);
  - Subida da tensão arterial (sistólica de 100 mm Hg ou mais);
  - Melhoria do estado mental (menos confusão ou ansiedade);
  - Aumento da excreção de urina (30 mL ou mais por hora).

- Se a **condição** da mulher **melhorar**:
  - Ajuste a proporção de infusão de fluidos intravenosos para 1 L em 6 horas;
  - Continue o manejo da causa que provocou o choque.

- Se a condição da mulher **não melhorar ou estabilizar**, rediscutir o caso ou transferir se necessário.

9.5 Conduta adicional num caso de choque

- Continue a infusão de fluidos intravenosos, ajustando a velocidade da infusão para 1 L em 6 horas e mantenha o oxigénio a 6-8 L por minuto.
- Monitore de perto a condição da mulher.
- Faça testes laboratoriais incluindo o hematócrito, determinação do grupo sanguíneo e factor Rh e compatibilidade. Se houver facilidades disponíveis, peça um ionograma, creatinina e pH do sangue.
- Faça transfusão de hemo-derivados se necessário. Registe todos os dados associados a transfusão. Vigie a mulher sobretudo nos primeiros 15 minutos. Cuidado com as reacções alérgicas.

10 USO CLÍNICO DE SANGUE, DERIVADOS SANGUÍNEOS E FLUIDOS DE RESTITUIÇÃO

Os cuidados obstétricos podem exigir transfusões de sangue. É importante que o sangue, derivados sanguíneos e fluidos de restituição sejam utilizados correctamente e que existam normas ou princípios destinados a ajudar os trabalhadores de saúde que prestam estes cuidados a decidir quando devem ou não fazer uma transfusão.

As condições que podem exigir uma transfusão de sangue incluem:

- Hemorragia pós-parto que provoque choque;
- Perda de um grande volume de sangue durante um parto instrumental, cirúrgico ou uma cirurgia obstétrica
- Anemia grave, principalmente durante o 3º trimestre da gravidez, ou se for acompanhada por insuficiência cardíaca.

  Nota: *Para a anemia no início da gravidez, trate a causa da anemia e administre sal ferroso*.

- **Uma transfusão desnecessária pode:**
  - Expôr a mulher a riscos desnecessários;
  - Conduzir a uma carência de produtos sanguíneos necessários para as mulheres com necessidades reais. O sangue é um recurso dispendioso e escasso.

10.1 Risco das transfusões

Antes de se decidir a aplicar sangue ou derivados sanguíneos a uma mulher é essencial considerar os riscos da transfusão contra os riscos da não transfusão.

- Os riscos associados à transfusão podem ser reduzidos através:
  - da selecção, aceitação ou exclusão efectiva dos dadores de sangue;
  - da testagem para detectar infecções transmissíveis por transfusões na população de dadores de sangue (p. ex. HIV/ SIDA e hepatite);
  - da garantia da qualidade na determinação do grupo sanguíneo, testes de compatibilidade, separação de componentes, armazenamento e transporte de derivados sanguíneos;
  - utilização clínica apropriada do sangue e dos derivados sanguíneos.

10.2 Transfusão do sangue total e dos glóbulos vermelhos

- A transfusão de glóbulos vermelhos acarreta o risco de uma transfusão incompatível e graves reacções hemolíticas provocadas pela transfusão.
- Os derivados sanguíneos podem transmitir agentes infecciosos das seguintes doenças – incluindo HIV, hepatite B, hepatite C, sífilis, malária e a doença de Chagas – à pessoa que recebe a transfusão.
- Quaisquer derivados sanguíneos podem tornar-se contaminados por bactérias e muito perigosos se forem incorrectamente preparados ou armazenados.

10.3 Transfusão do plasma

- O plasma pode transmitir a maior parte das infecções presentes no sangue total e também causar reacções durante a transfusão.

Existem muito poucas indicações claras para a transfusão de plasma (p. ex. coagulopatia) e os riscos muitas vezes pesam mais do que qualquer benefício para a mulher.

O sangue que não tiver sido obtido de dadores adequadamente seleccionados e que não tenha sido submetido ao despiste de agentes infecciosos transmissíveis (p. ex. HIV, hepatite) de acordo com as exigências nacionais, não deve ser utilizado para transfusões, a não ser em situações muito excepcionais de risco de vida.

10.4 Como Monitorar a Mulher que está a fazer Transfusão

PRINCÍPIOS GERAIS :

O princípio fundamental da utilização apropriada do sangue ou derivados sanguíneos é que a transfusão é só um dos elementos do tratamento da mulher. Quando ocorre uma perda de sangue rápida devido a uma hemorragia, cirurgia ou complicação de parto, a restituição rápida do fluido da circulação perdido é normalmente a necessidade mais urgente.

A transfusão de glóbulos vermelhos pode também ser vital para restaurar a capacidade do sangue para transportar oxigénio.

Minimize o "desperdício" do sangue da mulher (para reduzir a necessidade de uma transfusão) através:

- da utilização de fluidos de restituição para ressuscitação;
- reduzindo o sangue tirado para uso no laboratório;
- da utilização das melhores anestesias e técnicas cirúrgicas para minimizar a perda de sangue durante a cirurgia;

- da recuperação e reinfusão do sangue cirúrgico perdido durante os procedimentos (auto-transfusão), onde apropriado.

Princípios a lembrar:

- A transfusão é só um dos elementos do tratamento da mulher.
- Uma mulher que tenha uma perda de sangue aguda deve receber ressuscitação eficaz (fluidos de restituição IV, oxigénio, etc.) enquanto a necessidade de uma transfusão estiver a ser avaliada.
- Embora importante, o valor da hemoglobina da mulher não deve ser o único factor de decisão para se iniciar uma transfusão. A decisão de se fazer uma transfusão deve ser apoiada na necessidade de aliviar os sinais e sintomas clínicos e de prevenir uma morbilidade e mortalidade.
- O clínico deve estar ciente dos riscos de uma infecção transmissível durante a transfusão dos derivados sanguíneos disponíveis.
- A transfusão só deve ser realizada quando os benefícios para a mulher têm maior peso do que os riscos.
- Uma pessoa treinada deve monitorar a mulher que está a receber a transfusão e dar uma resposta imediata se ocorrerem quaisquer efeitos adversos.
- O clínico deve registar a razão da transfusão e investigar quaisquer reacções adversas.

Indicações para a prescrição de uma Transfusão

As decisões de prescrever uma transfusão de sangue devem basear-se nas normas nacionais sobre a utilização clínica do sangue, tendo em consideração as necessidades da mulher.

Antes de prescrever uma transfusão de sangue ou derivados sanguíneos a uma mulher, tenha em mente o seguinte:

- melhorias esperadas no estado clínico da mulher;
- métodos para minimizar a perda de sangue, reduzindo assim a necessidade da mulher receber uma transfusão;

- tratamentos alternativos que podem ser dados, incluindo os fluidos de restituição IV ou oxigénio, antes de tomar a decisão de efectuar uma transfusão;

- indicações clínicas ou laboratoriais específicas para a transfusão;

- os riscos da transmissão de HIV, hepatite, sífilis ou outros agentes infecciosos através dos produtos sanguíneos disponíveis;

- benefícios da transmissão contra o risco, para essa mulher em particular;

- outras opções de tratamento se o sangue não estiver disponível a tempo;

- necessidade de uma pessoa treinada para monitorar a mulher, e responder de imediato se ocorrer uma reacção durante a transfusão.

Para cada unidade de sangue transfundido, faça a monitorização da mulher nas seguintes fases:

- Antes de iniciar a transfusão;
- No início da transfusão;
- 15 minutos após o inicio da transfusão;
- Pelo menos de hora em hora durante a transfusão;
- Em intervalos de 4 horas após ter concluído a transfusão.

Monitore cuidadosamente a mulher durante os primeiros 15 minutos da transfusão e regularmente após a transfusão, para detectar sintomas e sinais iniciais de efeitos adversos (reacções de incompatibilidade).

Durante cada uma destas fases, registe a seguinte informação no diário clínico da mulher:

- Aparência geral, temperatura, pulso, tensão arterial, respiração;
- Equilíbrio de fluidos (entrada de fluidos orais e IV, excreção de urina).
- A hora do início e da conclusão da transfusão;
- O volume e o tipo de todos os produtos transfundidos;
- O número de identificação de cada um dos derivados sanguíneos transfundidos;
- Quaisquer reacções adversas.

10.5 Como Responder a uma Reacção de Transfusão

As reacções de transfusão podem variar de uma simples irritação na pele até um choque anafilático. Suspenda a transfusão e mantenha a veia canalizada com fluidos IV (soro fisiológico ou lactato de Ringer) enquanto faz uma avaliação inicial da reacção aguda da transfusão e procura outras opiniões. Se a reacção for ligeira, administre 10 mg de Prometazina por via oral e mantenha a observação.

10.6 Fluidos de restituição: alternativas simples à transfusão

Só são eficazes como fluidos de restituição, as soluções salinas normais (cloreto de sódio 0,9% ou soro fisiológico) ou soluções equilibradas de sais que têm uma concentração de sódio semelhante ao do plasma e pode ajudar a ganhar tempo enquanto se controla a hemorragia e se obtém o sangue para uma transfusão, se esta for necessária.

10.6.1 Fluidos Cristalóides

- Os fluidos cristalóides de restituição:

- Contêm uma concentração de sódio semelhante à do plasma;
- Não podem entrar para dentro das células, porque a membrana celular é impermeável ao sódio;
- Para restaurar o volume de sangue em circulação (volume intravascular), faça a infusão de cristalóides num volume de pelo menos três vezes o volume perdido.

> ***As soluções de dextrose (glicose) são fluidos de restituição fracos. Não os utilize para tratar a hipovolémia a não ser que não haja outra alternativa.***

10.6.2 Fluidos Coloidais

- As soluções coloidais são compostas por uma suspensão de partículas que são maiores do que os cristalóides. Os colóides tendem a permanecer no sangue onde imitam as proteínas do plasma para manter ou elevar a pressão coloido-osmótica do sangue.
- As soluções coloidais são normalmente administradas num volume igual ao volume de sangue perdido.

Pontos a lembrar:

- Não existem provas de que as soluções coloidais (albumina, dextrano, gelatinas, e outras soluções) tenham vantagens sobre as soluções salinas normais ou soluções equilibradas de sais para a ressuscitação (soro fisiológico ou lactato de Ringer), são mais caras e também podem ter um efeito adverso na sobrevivência. Existe um papel muito limitado para as soluções coloidais na ressuscitação.
- Não se deve utilizar o plasma humano como um fluido de restituição. Todas as formas de plasma têm um risco semelhante ao de sangue total na transmissão de infecções, tais como HIV e hepatite.
- Nunca se deve administrar água simples por via intravenosa. Isto causará hemólise e provavelmente será fatal.

10.6.3 Segurança na Infusão

Antes de administrar uma infusão IV verifique: se o selo da garrafa ou saco de infusão não está violado, a data de validade e se a solução está transparente e livre de partículas visíveis.

10.6.4 Fluidoterapia de Manutenção

Os fluidos de manutenção são soluções cristalóides, tais como a dextrose ou dextrose com soro fisiológico, utilizados para repor perdas fisiológicas normais através da pele, dos pulmões, das fezes e da urina.
Se prever que a mulher irá receber fluidos por via IV durante 48 horas ou mais, faça uma infusão de uma solução equilibrada de electrólitos (p. ex. 1,5g de cloreto de potássio em 1 L de fluidos IV) com dextrose. O volume de fluidos de manutenção necessários para uma mulher variará, especialmente se a mulher estiver com febre ou num ambiente com temperatura ou humidade elevadas, situações em que as perdas aumentam.

10.7 Outras Vias de Administração de Fluidos

Existem outras vias de administração de fluidos para além da via IV.

10.7.1 Administração Oral e Nasogástrica

- Esta via pode muitas vezes ser utilizada para as mulheres num estado de hipovolémia ligeira e para as que podem receber fluidos orais.
- A administração oral e nasogástrica não deve ser utilizada na situação de:
  - Na hipovolémia grave, inconsciência, existência de lesões gastrointestinais ou motilidade intestinal reduzida (p. ex. obstrução), ou se eminente uma cirurgia planificada com anestesia geral.

10.8 Tratamento de Choque Anafilático devido a uma transfusão de sangue incompatível

- Trate como para choque (página 87) e administre:
  - Solução de adrenalina a 1:1000 (0,1 mL em 10mL de soro fisiológico ou lactato de Ringer) lentamente por via IV;
  - 10 mg de prometazina por via IV;
  - 1g de hidrocortisona por via IV de duas em duas horas, de acordo com as necessidades.
- Se **ocorrer um broncoespasmo**, administre 250 mg de aminofilina em 10mL de soro fisiológico ou lactato de Ringer, lentamente por via IV.

- Combine as medidas de ressuscitação, acima referidas, até que esteja estabilizada.
- Monitore as funções renais, pulmonares e cardiovasculares.
- Transfira para um centro de referência quando a mulher estiver estabilizada.

Registo de uma reacção de transfusão :

Imediatamente após a ocorrência da reacção, tire as seguintes amostras e envie-as, junto com uma requisição, ao banco de sangue para que sejam efectuadas investigações laboratoriais :

- amostras de sangue imediatamente após a transfusão:
  - 1 amostra de sangue coagulado;
  - 1 amostra de sangue com anti-coagulante tirada da veia oposta ao local de infusão;
  - saco de sangue e o sistema contendo os resíduos de glóbulos vermelhos e plasma de sangue do dador transfundido;
  - a primeira amostra de urina da mulher a seguir à reacção.
- Se **suspeitar choque séptico devido a uma unidade de sangue contaminada**, faça uma cultura de sangue num frasco especial para cultura de sangue.
- **Após a investigação inicial da reacção à transfusão, envie para o banco de sangue para investigações laboratoriais o seguinte:**
  - amostras de sangue 12 e 24 horas após o início da reacção;
  - 1 amostra de sangue coagulado;
  - 1 amostra de sangue com anti-coagulante tirada da veia oposta ao local de infusão;
  - toda a urina colhida durante pelo menos 24 horas após o início da reacção.
- Notifique imediatamente todas as reacções de transfusão graves, com a excepção de irritações de pele ligeiras, a um médico e ao banco de sangue que forneceu o sangue.

- **Registe a seguinte informação no diário clínico da mulher:**

  - tipo de reacção à transfusão;
  - período de tempo entre o início da transfusão e a reacção ocorrida;
  - volume e tipo de derivados sanguíneos transfundidos;
  - o número de identificação de cada um dos derivados sanguíneos transfundidos.

10.9 Cálculo do gotejo dos líquidos em perfusão de acordo com o tempo desejado

Fórmula: Número de gotas = volume/ 3 x tempo

Tabela 18 - Tabela de alguns volumes em gotas / tempo

Volume	Tempo	Número de gotas
1000 cc	12 horas	28 Gotas/min
1000 cc	8 horas	42 Gotas /min
1000 cc	6 horas	56 Gotas/min
1000 cc	24 horas	14 Gotas/min
500 cc (quinino)	2 horas	83 Gotas/min
500 cc	6 horas	28 Gotas/min
500 cc	12 horas	14 Gotas/min
500 cc(sangue e derivados)	3 horas	56 Gotas/min
300 cc (sangue e derivados)	3 horas	33 Gotas/min
100 cc (Metronidazol)	30 minutos	67 Gotas/min

11 HEMORRAGIAS NO INÍCIO DA GRAVIDEZ

As causas de hemorragia no início da gravidez que são directamente ligadas à gravidez são as seguintes:

A – Aborto (ver as normas de aborto)
B - Mola Hidatiforme (ver as normas de aborto)
C - Gravidez Ectópica
D - Lesões Cervicais.

Neste manual somente descreveremos a Gravidez Ectópica, uma vez que o Aborto e a Mola Hidatiforme são descritos nas normas do Aborto.

11.1 Gravidez Ectópica

11.1.1 Definição

Gravidez Ectópica é a implantação do ovo fertilizado fora da cavidade uterina. 90% implanta-se ao nível das trompas

- A maioria dos casos ocorre na faixa etária dos 20 - 30 anos, em mulheres do estrato social baixo e naquelas que tem história de infecções repetidas do trato genital incluindo ITS

11.1.2 Causas

Condições que atrasam ou dificultam a passagem do ovo fertilizado pela trompa:

- Lesões inflamatórias tubares (50%) com aderências intra-luminal e peri-tubar;
- Anomalias congénitas
- Comprimento excessivo ou tortuosidade tubar

11.1.3 Classificação

Classificação de acordo com a localização, pela ordem decrescente de frequência:

- Tubária (ampolar, infundinbular, ístmica, intersticial e bilateral)
- Ovárica
- Abdominal
- Cervical
- Heterotópica (extra-uterina + intra-uterina)

11.1.4 Quadro clínico

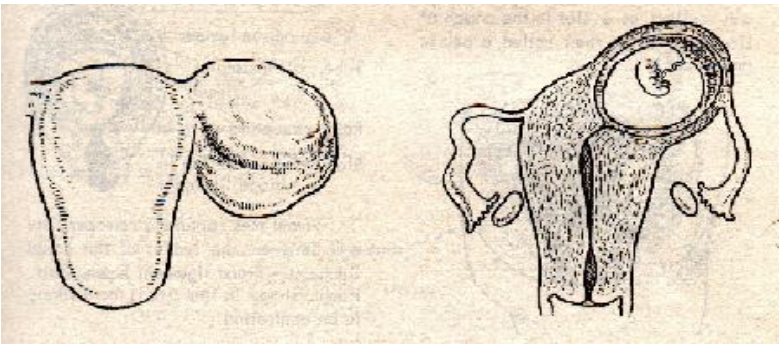
A. Gravidez Ectópica Não Rota ou Não Complicada

- Sintomas do início de uma gravidez: perdas reduzidas de sangue via vaginal (spotting) irregular ou hemorragia, náusea, ingurgitamento mamário, coloração azulada da vagina e colo; amolecimento do colo, frequência urinária aumentada
- Dor abdominal e pélvica discreta
  - Ao toque vaginal tumoração anexial e útero discretamente aumentado

B. Gravidez Ectópica Rota

- História de amenorreia
- Dor pélvica súbita e violenta numa das fossas ilíacas ou hipogástro com irradiação para o ombro
- Palidez (Anemia aguda) e choque
- Colapso e fraqueza
- Pulso rápido e fraco (110 ou mais por minuto), hipotensão, hipovolémia
- Distensão abdominal
- Dor à descompressão (Blumberg positivo)

Figura 21 - Gravidez Ectópica



C. Gravidez abdominal:

- Gravidez localizada na cavidade abdominal, a placenta prende-se a qualquer superfície do peritoneu causando irritação peritoneal podendo a mulher manifestar náuseas, vómitos, diarreia e dor abdominal agravada pelos movimentos fetais**.**
- Na gravidez avançada as partes fetais podem ser facilmente palpáveis e os batimentos cardíacos fetais facilmente audíveis.
- O feto encontra-se geralmente em posição oblíqua ou transversa.

Perante toda a mulher em idade reprodutiva com amenorreia, dor abdominal e anemia, deve-se suspeitar sempre de gravidez ectópica.

11.1.5 Diagnóstico

- Clínico, história clínica e observação ginecológica
- Ao exame ginecológico palpa-se uma massa anexial dolorosa, fundo de saco de Douglas abaulado e doloroso e dor à mobilização uterina
- Ecografia ginecológica
- Punção do fundo de saco de Douglas, (culdocentese) positiva (aspira-se sangue que não coagula) (Se necessário)

11.1.6 Conduta imediata na gravidez ectópica rota

MEDIDAS GERAIS:

A. Canalizar uma ou duas veias com cateter de grande calibre e colocar L.Ringer ou soro fisiológico para prevenção do choque hipovolémico. Colocar expansores Plasmáticos (Hemacel, Plasmagel ou Dextrano 70) se veias colapsadas.
- Identifique o grupo sanguíneo e compatibilidade e prepare uma laparotomia imediata.

B. Transferir para uma unidade com capacidade cirúrgica.

Não espere pelo sangue para a intervenção cirúrgica.

- Durante a intervenção cirúrgica pode ser feita uma salpingectomia ou mais raramente uma salpingostomia se as lesões nas **trompas forem pequenas** e a conservação da fertilidade for muito importante para a mulher.

O diagnóstico diferencial mais comum para uma gravidez ectópica é a ameaça de aborto. Outros diagnósticos diferenciais podem ser uma DIP aguda ou crónica, quistos nos ovários (torção ou ruptura) e apendicite aguda.

11.1.7 Auto-Transfusão

- Se **ocorrer uma hemorragia significativa**, pode ser usada a auto-transfusão se o sangue for **inquestionavelmente fresco e livre de infecção**
- O sangue pode ser tirado antes da intervenção cirúrgica (inserir uma agulha através da parede abdominal e tirar o sangue num saco colector de transfusão de sangue)
- ou depois do abdómen ser aberto:
  - Retire o sangue com uma cuvete, coloque-o numa bacia e passe-o através de uma compressa para remover coágulos;
  - Limpe a parte de cima de um saco de sangue de dador com uma solução anti-séptica e abra-o com uma lâmina esterilizada;
  - Deite o sangue da mulher para o saco e faça a sua reinfusão normalmente através de um sistema filtrado;
  - Se o saco de dador com anticoagulante não estiver disponível, adicione 10 mL de citrato de sódio a cada 90 mL de sangue.

11.1.8 Conduta subsequente

- Antes de dar alta, proporcione à mulher aconselhamento e o prognóstico da sua fertilidade.
- Corrija a anemia com 60 mg de sulfato ou fumarato ferroso, diariamente, por via oral durante 6 meses.

12 HEMORRAGIA ANTES DO PARTO

12.1 Placenta Prévia

12.1.1 Definição

Consiste na implantação e desenvolvimento da placenta no segmento inferior do útero e ocorre em cerca de 1 em cada 200 partos.

12.1.2 Etiologia

É desconhecida, sendo os factores predisponentes mais importantes os seguintes:

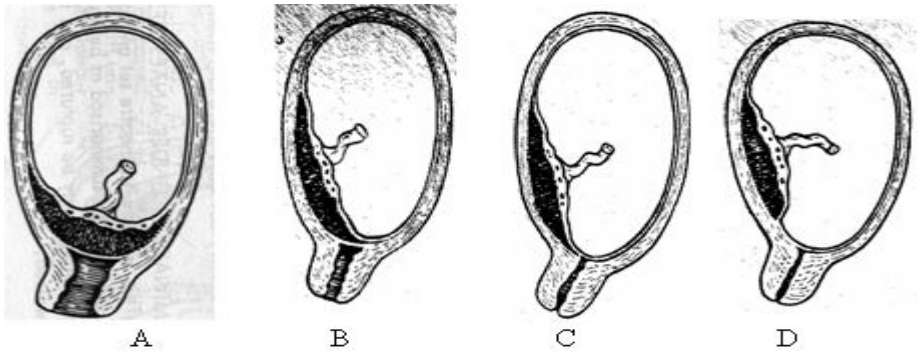
- Idade avançada
- Multiparidade
- Lesão do endométrio ou miométrio (cesarianas, curetagens)
- Endometrites anteriores
- Placentas grandes - por apresentarem maior superfície de inserção na parede uterina, mais frequentes na gestação gemelar

12.1.3 Classificação

A placenta prévia pode ser:

A. **Completa** - a placenta cobre totalmente o orifício interno do colo
B. **Parcial** - a placenta cobre parcialmente o orifício interno do colo
C. **Marginal -** sòmente o bordo da placenta alcança o bordo do orifício interno do colo
D. **Lateral ou Baixa** - encontra-se no segmento inferior não atingindo o orifício do colo

Figura 22 - Tipos de placenta prévia



12.1.4 Quadro clínico e Diagnóstico

- Principal sintoma é a hemorragia que aparece usualmente no último trimestre da gravidez, sem causa aparente é indolor e progressiva, de início e cessar súbito. Geralmente não é intensa mas por vezes é abundante e de cor viva.
- Em geral o útero não está contraído e não há sofrimento fetal
- Há com frequência apresentação anormal (situação transversa e apresentação pélvica) e se a apresentação é cefálica está anormalmente alta e móvel.
- O diagnóstico baseia-se fundamentalmente no quadro clínico e ecografia se possível.

12.1.5 Conduta

O manejo da paciente com placenta prévia depende de:
- Quantidade de sangramento
- Idade gestacional,
- Tipo de placentação
- Apresentação fetal
- Presença ou não do trabalho de parto.

A. Se a paciente tiver menos de 36 semanas de gestação deve-se adoptar uma conduta expectante:
- A mulher deve ser hospitalizada num hospital com capacidade cirúrgica e mantida em repouso no leito até que a hemorragia seja estabilizada.
- A monitorização fetal (avaliação frequente do foco e/ou cardiotografia diária) é obrigatória devido ao risco de hipóxia fetal.
- A avaliação laboratorial deve incluir um hemograma completo, grupo sanguíneo e exames de urina.
- A ultra-sonografia confirma o diagnóstico clínico e permite avaliar a idade gestacional.
- Na presença de sangramento intenso que leve a um risco materno ou fetal, a interrupção da gestação é mandatória.
- O parto vaginal poderá ser escolhido somente nos casos de placenta lateral ou marginal.
- A cesariana é preferível na maioria dos casos.
- Uso de transfusões precoces reduz a mortalidade peri-natal, (só quando absolutamente indicado).

- Se a hemorragia continua faz-se cesariana seja qual for a idade gestacional

- Se a Hemorragia cessar :
Com idade gestacional superior ou igual a 36 semanas faz-se cesariana se a placenta for prévia total.

12.1.6 Complicações da Placenta Prévia

Maternas:	Fetais
Morbi-mortalidade materna elevada devido a: ▪ Hemorragia grave com choque e morte materna, ▪ Maior probabilidade de ocorrência de placenta acreta, ▪ Descolamento precoce da placenta	***Morbi-mortalidade peri-natal mais elevada devido a:*** ▪ Atraso de crescimento intra-uterino ▪ Prematuridade ▪ Anemia fetal

12.2 Descolamento Prematuro da Placenta

12.2.1 Definição

É a separação da placenta normalmente implantada, que ocorre após a 20ª semana e antes do nascimento.

12.2.2 Etiologia

Desconhecida, no entanto há situações mais frequentemente associadas ao DPP que são:

- Hipertensão arterial crónica
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia
- Traumatismo sobre o abdómen
- Descompressão súbita no esvaziamento do polihidrâmnios ou parto do segundo género
- Multiparidade
- Tabagismo na gestação actual
- Desnutrição materna
- Cordão umbilical curto

12.2.3 Fisiopatologia

O descolamento da placenta é provocado por uma hemorragia na decidua basal. Esta hemorragia pode originar-se tanto na placenta como em pequenos vasos uterinos com formação de um hematoma retro-placentar que pode separar totalmente a placenta do local da nidação.

O processo de sangramento retro-placentar pode provocar infiltração de sangue na parede uterina. Em tais situações o útero toma a coloração azul violácea característica do chamado útero de Couvelaire. Nestes casos o útero torna-se hipotónico podendo evoluir para uma atonia mais ou menos severa. Nesta fase pode desencadear-se um quadro de coagulação intravascular disseminada (CID).

12.2.4 Quadro Clínico e Diagnóstico

- Dor abdominal de intensidade variável
- Hipertonia uterina (sinal patognomónico)
- Hemorragia externa ou sinais de hemorragia interna com anemia aguda, hipotensão e choque (taquicárdia, taquipneia e sudorese)
- Redução da diurese e palidez cutânea devido à vasoconstrição
- Geralmente o foco é negativo. Quando o feto está vivo a auscultação pode mostrar uma taquicardia e irregularidades de frequência cardíaca fetal.

- **O diagnóstico é feito pelo quadro clínico.**

Figura 23 - Tipos de sangramento no Descolamento Placentar

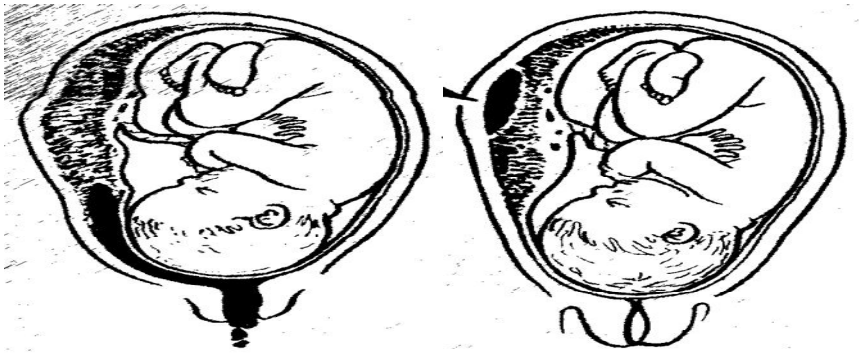


Figura Sangramento externo

Hematoma retro-placentar (sangramento interno)

12.2.5 Conduta

O diagnóstico e a conduta precoce são as únicas formas de reduzir a gravidade das complicações

1) A primeira medida deve ser a cateterização de uma veia de calibre adequado para:
   - Colocar hemacel ou Ringer rápido para reposição da volémia e evitar o choque
   - Fazer colheita de sangue para a tipagem sanguínea e avaliação labarotorial do estado geral e de coagulabilidade do sangue
2) Algaliar a paciente para medir fluxo urinário
3) Controlar os sinais vitais de 15 em 15 minutos.
4) Se a hemorragia é importante administra-se concentrado de globúlos e plasma fresco congelado de forma rápida.

- Se o trabalho de parto estiver adiantado (com dilatação de 6 cm ou mais) procede-se a amniotomia podendo-se aguardar o parto vaginal sempre sob vigilância contínua.

- Nas restantes situações a cesariana é o melhor procedimento

12.2.6 Complicações do Descolamento Prematuro da Placenta

- As complicações são decorrentes da hemorragia abundante e eventual coagulopatia. A hemorragia e coagulopatia comprometem a micro-circulação sistémica levando à hipoxia dos tecidos com as seguintes complicações:
  - A insuficiência hepato-renal
  - Necrose cortical e tubular com insuficiência renal aguda
  - Pulmão de choque

Figura 24 - Útero de Couvelaire

Em alguns casos de descolamento com coagulopatia, o útero fica atónico e resistente à oxitocina sendo necessária uma histerectomia.

12.3 Rotura Uterina

12.3.1 Definição

- É uma solução de continuidade do tecido muscular uterino que pode abranger total ou parcialmente a espessura uterina.
- É frequente nas multíparas.
- É uma causa importante de mortalidade materna e morte fetal intra-uterina.

12.3.2 Factores predisponentes

- Trabalho de Parto Arrastado devido a Incompatibilidade feto-pélvica ou apresentação viciosa
- Hiperestimulação uterina provocada pela administração incorrecta de oxitócicos para indução do trabalho de parto.
- Cesarianas anteriores ou outras cirurgias ao miométrio
- Grande Multiparidade
- Gravidez Gemelar

- Polihidrâmios

12.3.3 Quadro clínico e diagnóstico

- Antes de ocorrer a rotura uterina, existe dor no segmento inferior que está muito distendido e fino, e surge o chamado "Anel de Bandle", que consiste na retracção do segmento inferior e é o sinal característico (patognomónico) da ameaça de rotura.
- Quando ocorre a rotura existe:
  - Dor repentina seguida de paragem de contracções
  - Sinais de choque, extremidades frias, pulso rápido, às vezes imperceptível, mucosas pálidas, transpiração, Tensão arterial baixa.
  - Hemorragia vaginal que pode ser ligeira

  Palpação de partes fetais através do abdómen e ausência de foco
  - Por vezes a urina é hemática.

Figura 25 - Variedades de Rotura Uterina

A - Rotura na cicatriz de uma cesariana

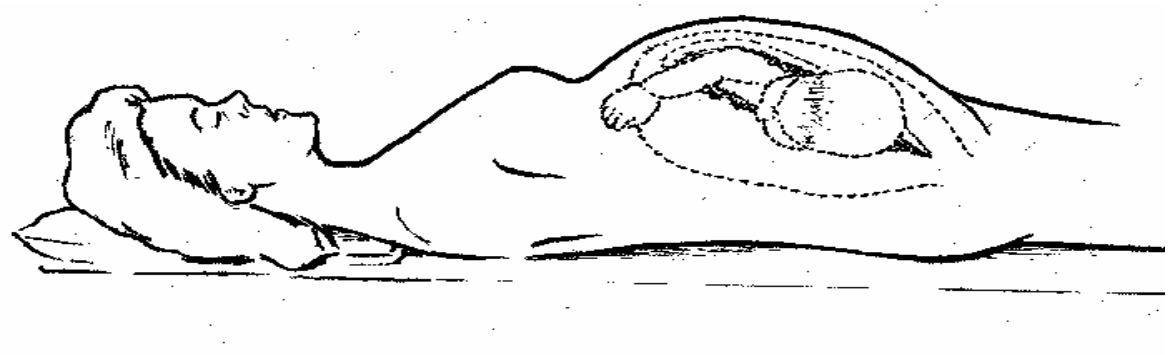
B - Rotura na cicatriz do segmento

C - Rotura espontânea

12.3.4 Conduta

- Colocar a doente com a cabeça mais baixa, elevando as pernas
- Canalizar 2 veias, colocar Hemacel, ou Ringer ou soro fisiológico. Não havendo qualquer destes soros administrar o que tiver para compensar o volume de sangue perdido
- Se houver Laboratório e Banco de Sangue, deve-se dar sangue
- Algaliar a doente
- Administrar profilaticamente 1 grama de ampicilina IV, ou penicilina cristalina 4000000UI IV
- Transferir a doente o mais rápido possível para uma unidade sanitária com recursos cirúrgicos.
- Cirurgia Imediata onde houver recursos

Figura 26 - Rotura Uterina com feto na cavidade abdominal



13 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GRAVIDEZ

A Pré-Eclâmpsia, Eclâmpsia (PE/E) é uma das principais causas directas de mortalidade materna e perinatal. No exercício de avaliação das necessidades em maternidade segura, realizado em Moçambique entre 2006 e 2007, a PE/E foi identificada como a 4a causa de morte materna entre as 1398 mortes maternas analisadas.
A sua prevenção, diagnóstico e tratamento atempado e enérgico pode contribuir para uma redução significativa da Mortalidade Materna em Moçambique.
A PE/E é uma condiçãoprogressiva que pode conduzir a AVC (trombose), falência dos rins e do fígado

Pesquisas científicas realizadas recentemente identificaram algumas das intervenções eficazes para a prevenção da PE/E (ver tabela seguinte).

Tabela 19 - Prevenção da hipertensão induzida pela gravidez

- A restrição da ingestão de calorias, fluidos e sal **NÃO EVITA** a hipertensão induzida pela gravidez e pode mesmo ser prejudicial ao feto.
- Existem evidências baseadas em pesquisas que a suplementação de Cálcio[6] e de baixas doses de aspirina durante a gravidez[7], reduz os casos de PE severa e Eclâmpsia, em 64% e 17% respectivamente.
- Planeamento Familiar: adiando a gravidez nas adolescentes e jovens; mulheres com obesidade mórbida e em mulheres com idade superior a 35 anos
- A detecção e manejo precoce em mulheres com factores de risco são críticos para o manejo da hipertensão induzida pela gravidez e para a prevenção de convulsões. Estas mulheres devem ser acompanhadas regularmente e dadas instruções claras sobre quando devem retornar à Unidade Sanitária.
- A educação dos membros mais próximos da família é igualmente importante, não só para que compreendam o significado dos sinais de progressão da hipertensão induzida pela gravidez, mas também para aumentar o apoio social quando for necessária uma hospitalização e mudanças nas actividades de trabalho.

[6] Hofmeyr GJ et al. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Aug 4;(8)(8):CD001059.

[7] Bujold et al. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*. 2010;Volume 116 - Issue 2, Part 1 - pp 402–414.

13.1 Classificação da Hipertensão na Gravidez

As perturbações hipertensivas da gravidez incluem:

A - Hipertensão induzida pela gravidez
- Hipertensão gestacional (transitória), sem proteinúria
- Pré eclâmpsia
- Eclâmpsia

B- Hipertensão crónica

13.2 Hipertensão Gestacional Transitória[8]

Diagnóstico:

- Duas leituras de tensão arterial diastólica entre 90 e110 mm Hg num intervalo de 4 horas depois de 20 semanas de gestação e até as 12 semanas após o parto.
- Nenhuma proteinúria.

Conduta na Hipertensão Gestacional Transitória:

- Trate a doente em ambulatório:
- Monitore semanalmente a tensão arterial, urina (para proteinúria) e condição do feto.
- Se a tensão arterial piorar, trate como para a pré-eclâmpsia ligeira.
- Se existirem sinais de atraso de crescimento intra-uterino severo ou compromisso fetal, interne a mulher no hospital para avaliação e possível parto antecipado.
- Aconselhe a mulher e a sua família sobre os sinais de perigo que indicam uma pré-eclâmpsia ou eclâmpsia.
- Se todas as observações permanecerem estáveis, permita o prosseguimento de um trabalho de parto e parto normais.

13.3 Pré-Eclâmpsia (PE)

A Pré-Eclâmpsia é uma condição específica da gravidez

13.3.1 Definição de PE

Caracteriza-se por hipertensão com sistólica igual ou superior a 140 mm de HG e uma pressão diastólica igual ou superior a 90 mm Hg que aparece após as 20 semanas de gestação associada a proteinúria.

[8] **Fonte**: Prevention and management of pre-eclampsia and eclampsia Reference Manual for Healthcare Providers, MCHIP, 2011 (baseado em evidências)

Sempre que houver um aumento de 30 mm Hg na pressão sistólica e de 15mm Hg na pressão diastólica associado a proteinúria também se considera pré-eclâmpsia.
A avaliação da tensão arterial deverá ser feita com a paciente na mesma posição. De notar que o edema é habitualmente observado na gravidez normal, e na pré - eclâmpsia só é significativo quando aparece na face e mãos.

13.3.2 Factores Predisponentes da PE

- Primigestas
- História familiar de pré-eclâmpsia, Eclâmpsia
- Antecedentes de pré-eclâmpsia, Eclâmpsia
- Idades extremas da mãe (menos de 20 e mais de 35 anos)
- Doença preexistente Hipertensiva, auto-imune ou renal
- Diabetes
- Gravidez Gemelar
- Mola Hidatiforme

13.3.3 Classificação da PE

Dependendo da sua gravidade, a PE classifica-se em:
a. Pré-eclâmpsia Moderada
b. Pré-eclâmpsia Grave ou Severa

13.3.4 Diagnóstico de Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia[9]

Tabela 20 : Diagnóstico da Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia

Diagnóstico	Sinais e Sintomas Típicos
Pre-eclâmpsia Moderada	1. 2 leituras de diastólica variando entre 90 e 110 mmHg num intervalo de 4 horas 2. Proteinuria acima de (++)
Pré-eclâmpsia Severa	1. Diagnóstico de Pre-eclampsia e 2. Mais um ou mais dos seguintes critérios de diagnóstico: • Diastólica igual ou superior a 110 mm Hg • Proteinuria (+++ ou mais) • Hiperreflexia • Cefaleias com frequência crescente, que não se resolve com analgésicos banais) • Visão turva • Oliguria (passando menos de 400mL de urina em cada 24 horas) • Dor abdominal (epigástrica ou quadrante superior direito) • Edema Pulmonar
Eclâmpsia	1. Pre-eclâmpsia com: 2. Convulsões 3. Coma (unconsciência)

[9] **Fonte**: Prevention and management of pre-eclampsia and eclampsia Reference Manual for Healthcare Providers, MCHIP, 2011 (baseado em evidências)

13.4 Pré-Eclâmpsia Moderada

13.4.1 Quadro clínico

- Duas leituras de tensão arterial diastólica variando entre 90 e 110 mm Hg com a diferença de 4 horas depois de 20 semanas de gestação
- Proteinúria, 300mg por 24 horas (++)
- Edemas

A avaliação correcta da TA na consulta pré-natal e o diagnóstico precoce da doença através dos sinais e sintomas é de grande importância para o diagnóstico desta patologia.

Tabela 20 - Dicas sobre a pré-eclâmpsia

- **Na hipertensão transitória, podem não existir sintomas, e o único sinal pode ser a hipertensão.**
- **As dores de cabeça, visão turva, convulsões e perda de consciência estão muitas vezes associadas a hipertensão na gravidez mas não lhe são necessariamente específicas**
- **A tensão arterial diastólica mede a resistência periférica e não varia com o estado emocional da mulher como a pressão sistólica o faz. Por isso é um bom indicador do prognóstico para o manejo de perturbações hipertensivas na gravidezO aumento da proteinúria é um sinal de pré-eclâmpsia a piorar.**
- **O edema dos pés e das extremidades inferiores não é considerado como um sinal fiável de pré-eclâmpsia.**
- **Se tiver que ser feito um parto urgente ou se a tensão arterial diastólica for de 110 mm Hg ou mais, esta deve ser medida em intervalos menores de 4 horas**
- **A presença de proteinúria muda o diagnóstico de hipertensão transitória para pré-eclâmpsia.**
- **A infecção urinária, anemia grave, insuficiência cardíaca e um trabalho de parto difícil, podem todos causar proteinúria.**
- **Sangue na urina devido a trauma por algaliação, schistosomiase e contaminação por sangue vaginal podem dar resultados falsos positivos.**

13.4.2 Conduta na Pré-Eclâmpsia Moderada

GESTAÇÃO INFERIOR A 37 SEMANAS

Se os sinais continuarem inalterados ou normalizarem, faça o acompanhamento duas vezes por semana em ambulatório:

- Controle a tensão arterial, urina (para proteinúria), reflexos e condição do feto.
- Informe a mulher e a sua família sobre os sinais de perigo de uma pré-eclâmpsia ou eclâmpsia.
- Aconselhe que tenha mais repouso.
- Encoraje a mulher a ter uma dieta normal (a restrição de sal deve ser desencorajada).
- **Não administre anti-convulsivantes, anti-hipertensivos, sedativos ou tranquilizantes**.
- **Se não for possível o acompanhamento da mulher em ambulatório, interne-a no hospital:**
  - Proporcione-lhe uma dieta normal (a restrição de sal deve ser desencorajada);
  - Monitore a tensão arterial (duas vezes por dia) e a urina para proteinúria (diariamente);
  - Não administre anti-convulsivantes, anti-hipertensivos, sedativos ou tranquilizantes a não ser que a tensão arterial ou o nível urinário de proteínas aumentem;
  - **Não administre diuréticos**. Os diuréticos são prejudiciais e só são indicados para uso na pré-eclâmpsia com edema pulmonar ou insuficiência cardíaca congestiva;
  - **Se a pressão diastólica baixar para níveis normais ou a sua condição permanecer estável, dê alta à mulher:**
    - Aconselhe a mulher a descansar e a estar alerta para detectar edemas significativos ou sintomas de pré-eclâmpsia grave;
    - Faça o acompanhamento duas vezes por semana para monitorar a tensão arterial, urina (para proteinúria) e a condição do feto e para avaliar se existem sintomas e sinais de pré-eclâmpsia grave;
    - Se a pressão diastólica voltar a subir, torne a interná-la;
    - Se os sinais continuarem sem mudança, mantenha a mulher no hospital. Continue com os mesmos procedimentos e monitore o crescimento do feto por meio da medição da altura uterina;

- Se existirem sinais de falta de crescimento fetal, considere um parto antecipado. Se não, continue com a hospitalização até ao termo da gravidez.

- Se o nível urinário de proteínas aumentar, trate como para a pré-eclâmpsia grave (ver abaixo).

GESTAÇÃO DE 37 SEMANAS OU MAIS

Nota: **Os sintomas e sinais da pré-eclâmpsia não desaparecem completamente até depois do fim da gravidez.**

Se existirem sinais de comprometimento fetal, avalie o colo e antecipe o parto:

- Se bacia compatível e colo estiverem favoráveis (mole, fino, parcialmente dilatado), proceda à ruptura das membranas com um gancho amniótico ou uma pinça de Kocher e induza o trabalho de parto usando oxitocina ou misoprostol.

- Se colo não favorável (firme, espesso, fechado), amadureça o colo usando misoprostol ou faça o parto por cesariana.

- Se bacia incompatível faça o parto por cesariana**.**

13.5 Pré-Eclâmpsia Grave ou Severa

Todos os casos de PE severa devem ser conduzidos de forma enérgica e o parto tem de ocorrer dentro de 12 horas

13.5.1 Quadro clínico

- Tensão arterial diastólica de 110 mm Hg ou mais depois de 20 semanas de gestação, ou 2 ou mais dos sinais e sintomas seguintes
- Proteinúria (+++) ou mais cruzes
- Edemas
- Cefaleias (maior frequência e sem melhoras com o uso de analgésicos)
- Perturbações visuais (Visão turva)
- Oligúria (produção de menos do que 400 ml de urina em 24 horas)
- Dor epigástrica ou dor no quadrante superior direito).
- Vómitos
- Hiper-reflexia
- Edema pulmonar

13.5.2 Conduta (igual a da eclâmpsia) (excepto a dose de ataque)

13.6 Eclâmpsia

13.6.1 Definição

- Quando ao quadro clínico da pré-eclâmpsia se associar convulsões, estamos perante uma Eclâmpsia que é uma condição própria da gravidez ou de um parto recente.
- É a forma mais severa de HTA induzida pela gravidez e caracteriza-se por convulsões, seguidas por um coma mais ou menos prolongado com hipertensão arterial prolongada.

As convulsões podem ocorrer:
- Antes do parto
- Durante o parto
- Depois do parto, mais frequente nas primeiras 24 horas
- Por vezes as convulsões ocorrem com a TA dentro dos valores normais

13.6.2 Quadro clínico

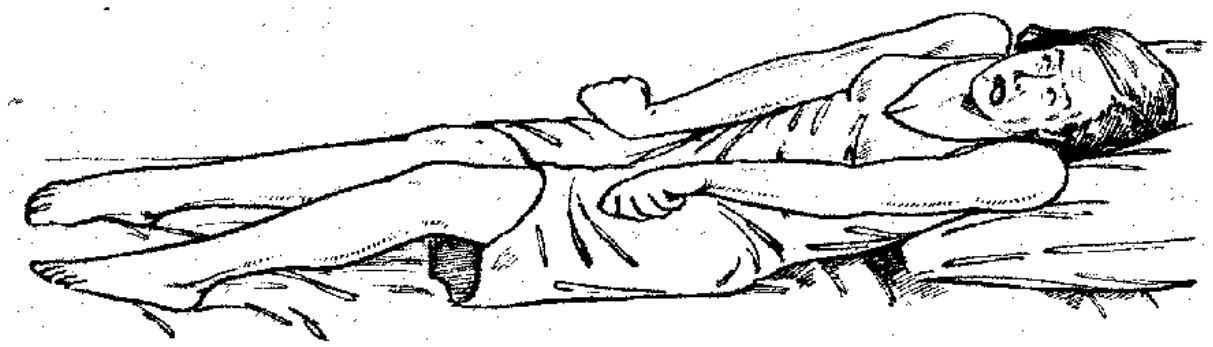
Numa mulher com pré-eclâmpsia Severa quando aparecem os seguintes sintomas:
- Cefaleia severa
- Dor epigástrica
- Distúrbios visuais (visão embaciada, centelhas de luz)
- Hiper-reflexia

Estamos na eminência da ocorrência de uma Eclâmpsia

13.7 Estado Eclâmptico

Presença de convulsões repetidas ou frequentes.
É um estado muito perigoso tanto para a mãe como para o feto.

Figura 27 - Doente em convulsão



13.7.1 Conduta na Pré-Eclâmpsia Grave e Eclâmpsia

A Pré-Eclâmpsia Grave e a Eclâmpsia são tratadas de igual modo, com a excepção de que na Eclâmpsia o parto tem que ocorrer dentro de 12 horas a partir do início das convulsões. TODOS os casos de pré-eclâmpsia grave devem ser tratados activamente. **Os sintomas e sinais de "Eclâmpsia eminente" (visão turva, Hiper-reflexia) não são fiáveis e uma conduta de "espera" não é recomendável.**

CONDUTA E TRATAMENTO DURANTE UMA CONVULSÃO

- **Administre drogas anti-convulsivantes** (***ver página 118***).
- **Prepare o equipamento (passagem de ar, aspirador, máscara e saco, oxigénio) e administre oxigénio a 4-6 L por minuto.**
- **Proteja a mulher de danos mas não a amarre.** Colocar um abaixador da língua, um rolo de gaze ou um tubo de Mayo para evitar a mordedura da língua.
- **Coloque a mulher sobre o lado esquerdo para reduzir o risco de aspiração de secreções, vómitos e sangue.**
- **Após a convulsão, aspire a boca e garganta sempre que necessário.**
- Colocar a doente em quarto sossegado e com pouca iluminação para não estimular mais convulsões

CONDUTA GERAL :

- Se a tensão arterial diastólica permanecer acima de 110 mm Hg, administre drogas anti-hipertensivas (***ver página 118***). Reduza a pressão diastólica para menos do que 100 mm Hg mas não abaixo de 90 mm Hg.
- Inicie uma infusão por via intravenosa e faça a infusão de fluidos por via IV. Colher amostras de sangue para hemograma, grupo sanguíneo, função renal e hepática (onde é possível)
- Mantenha um registo rigoroso do equilíbrio de fluidos e monitore a quantidade de fluidos administrados e a produção de urina para assegurar que não existe nenhuma sobrecarga de fluidos.
- Algalie a bexiga para monitorar a produção de urina e a proteinúria.
- Se a produção de urina for de menos do que 30 ml por hora:
  - Suspenda o sulfato de magnésio e faça uma infusão de fluidos por via IV (soro fisiológico ou lactato de Ringer) a 1 L em 8 horas;
  - Monitore para detectar o desenvolvimento de edema pulmonar.
  - Nunca deixe a mulher só. Uma convulsão seguida da aspiração de vómito pode causar a morte da mulher e do feto. Controlar as convulsões e só nessa altura poderá ser transferida.
- Observe os sinais vitais, reflexos e os batimentos cardíacos fetais de hora a hora.

- Ausculte as bases dos pulmões de hora a hora para detecção de fervores que indiquem edema pulmonar. Se forem ouvidos fervores, suspenda os fluidos e administre 40 mg de furosemida por via IV uma vez.
- Avalie o estado da coagulação com um teste de coagulação à beira da cama. A não formação de um coágulo após 7 minutos ou um coágulo mole que se desfaça facilmente sugere coagulopatia .

13.7.2 Drogas Anti- Convulsivantes e Anti-Hipertensivas

DROGAS ANTI-CONVULSIVANTES

O Sulfato de Magnésio é a droga de eleição para prevenir e tratar convulsões nos casos PE grave e eclâmpsia.
Se o Sulfato de Magnésio não estiver disponível, pode ser usado o Diazepam
O Diazepam passa livremente através da placenta e pode em doses altas e prolongadas causar depressão respiratória neonatal.
Uma só dose de Diazepam para debelar uma convulsão raras vezes causa depressão respiratória neo-natal.

Tabela 21 - Esquema do Sulfato de Magnésio para Pre-Eclâmpsia grave e Eclâmpsia

Dose inicial

- **Solução de 20 ou 50% de sulfato de magnésio, 4 g por via IV durante 5 minutos.**
- **Se** depois de 15 minutos tornarem a ocorrer convulsões, **administre 2 g de sulfato de magnésio (solução de 20 ou 50%) por via IV durante 5 minutos.**

Dose de manutenção

- **8 g de sulfato de magnésio diluído em 1000 ml de lactato de ringer de 8 em 8 horas. Continue o tratamento com o sulfato de magnésio por 24 horas depois do parto ou da última convulsão.**

Antes de repetir a administração, assegure que:

- **A frequência respiratória seja de pelo menos 16 por minuto.**
- **Estejam presentes os reflexos rotulianos.**
- **A produção urinária seja de pelo menos 30 ml por hora durante 4 horas.**

SUSPENDA OU ADIE A DROGA SE:

- **A frequência respiratória cair abaixo de 16 por minuto.**
- **Não há reflexos.**
- **A produção urinária for de menos do que 30 ml por hora durante 4 horas.**

Conserve o antídoto pronto :

- **No caso de paragem respiratória:**
  - Ajude a ventilação (Ambu, materiais de anestesia, entubação). Administre 1 g de gluconato de cálcio (10 ml de solução a 10%) por via IV, lentamente, até a respiração começar a antagonizar os efeitos do sulfato de magnésio.

Tabela 22 - Esquema de diazepam para Pré-eclâmpsia grave e Eclâmpsia

Nota: Use o diazepam, somente, se o sulfato de magnésio não estiver disponível. Administração intravenosa

***Dose de ataque** (só nos casos de eclâmpsia)*

- **10 mg de diazepam por via IV, lentamente, durante 2 minutos.**
- **Se as** convulsões tornarem a ocorrer, **repita a dose de ataque.**

Dose de manutenção

- **40 mg de diazepam em 1000 ml de fluidos por via IV (soro fisiológico ou lactato de Ringer) titulados para manter a mulher sedada, mas capaz de ser acordada.**
- **Quando a dose excede 30 mg numa hora, pode ocorrer depressão respiratória materna:**

Ajude a ventilação (Ambu, materiais de anestesia, entubação), se necessário.
Não administre mais do que 100mg em 24 horas.

Administração rectal

- **Administre diazepam pelo recto quando o acesso por via IV não for possível. A dose de ataque é de 20 mg numa seringa de 10 ml. Remova a agulha, lubrifique o cilindro e insira a seringa no ânus, juntando as nádegas por 10 minutos após a introdução do diazepam, para evitar a expulsão da droga. Alternativamente, a droga pode ser instilada no recto através de um cateter.**
- **Se as** convulsões não estiverem controladas dentro de 10 minutos, **administre 10 mg adicionais ou mais por hora, dependendo do tamanho da mulher e da sua reacção clínica.**

Table 23 - Drogas anti-hipertensivas

Se a tensão diastólica for de 110 mmHg ou mais, administre drogas hipertensivas. O objectivo é manter a tensão diastólica entre 90 mm Hg e 100 mm Hg de modo a evitar uma hemorragia cerebral. A Hidralazina é a droga de escolha.

- **Administre 12,5 mg de Hidralazina por via IM ou 6mg IV, de 30 em 30 minutos, se necessário.**

Se a Hidralazina não estiver disponível, administre: 5 mg de nifedipina sublingual:

Se a reacção for inadequada (a pressão diastólica continuar acima de 110 mm Hg) depois de 10 minutos, administre 5 mg adicionais por baixo da língua.

- **Se não tiver diponível Hidralazina e Nifedipina, pode administrar Labetalol, 10 mg IV e se não houver resposta até 10 minutos depois pode repetir 20 mg de Labetalol**

- **Pode-se administrar Metildopa, comprimidos de 250mg (1 cp de 8/8h) e ou Dihidralazina Comprimidos de (1-2 cp de 6/6h) como dose de manutenção**

13.7.3 Parto na Pré-Eclâmpsia Grave e Eclâmpsia

Na pré-eclâmpsia grave, o parto deve ocorrer até 24 horas após o início dos sintomas. Na eclâmpsia, o parto deve ocorrer até 12 horas após o início das convulsões independentemente da idade gestacional.

- Avalie o colo e induza um parto vaginal
- Se o parto vaginal não for possível dentro de 12 horas (para eclâmpsia) ou 24 horas (para pré-eclâmpsia grave), faça o parto por cesariana.
- Se existem anomalias nos batimentos cardíacos fetais (menos do que 120 ou mais do que 160 batimentos por minuto), faça o parto por cesariana.
- Se o colo não estiver favorável (firme, espesso, fechado) e o feto estiver vivo, faça o parto por cesariana.

Nota: Se for feita uma cesariana, assegure que:

- Uma coagulopatia foi excluída;
- Está disponível uma anestesia geral segura. A anestesia espinhal está associada com o risco de hipotensão. Este risco pode ser reduzido se for feita uma infusão adequada de (500-1000 ml) de fluidos por via IV antes de administrar a anestesia.

Não use anestesia local ou Ketamina em mulheres com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia.

13.7.4 Cuidados no Pós-Parto

- A terapia com anti-convulsivantes deve ser mantida por 24 horas depois do parto ou da última convulsão.
- Continue a terapia anti-hipertensiva enquanto a tensão diastólica for de 110 mm Hg ou mais
- Continue a monitorar a excreção de urina.

13.7.5 Transferência para uma unidade sanitária de referência

Considere a referência das mulheres sempre que:

- Algum dos procedimentos acima mencionados não for possível,
- Houver oligúria que persista por 48 horas após o parto;
- Problemas de coagulação (p. ex. coagulopatia ou hemólise, síndroma de enzimas do fígado elevadas e plaquetas baixas- (Sindroma de HELLP)
- Edema agudo do pulmão
- Coma.

Todos os casos de eclâmpsia devem ser transferidos para onde existe um serviço de Unidade de Cuidados Intensivos (Hospitais Centrais, Provinciais e Rurais). Não adianta transferir para outras unidades intermediárias.

13.7.6 Complicações da hipertensão induzida pela gravidez

Complicações na Mãe:

- Distúrbios respiratórios: asfixia, aspiração de vómitos edema do pulmão e broncopneumonia

- Distúrbios cardíacos: paragem cardíaca
- Alterações cerebrais: Hemorragia cerebral, trombose, edema cerebral
- Insuficiência renal aguda
- Complicações hepáticas: Rotura de fígado por distensão da cápsula.
- Alterações da coagulação: coagulação Intravascular disseminada
- Alterações visuais: cegueira temporária
- Ferimentos e traumatismos devido às convulsões: mordedura da língua, fracturas, etc.

Complicações no Feto:

- Sofrimento Fetal
- Morte Fetal Intra-uterina
- Atraso de crescimento intra-uterino que origina um feto pequeno para idade gestacional

Conduta nas Complicações

- Se há atraso de crescimento do feto grave, antecipe o parto.
- Se há cada vez mais sonolência ou coma, suspeite de hemorragia cerebral:
  - Reduza a tensão arterial lentamente para reduzir o risco de hemorragia cerebral;
  - Proporcione uma terapia de apoio e transfira.
- Se suspeitar de insuficiência cardíaca, renal ou hepática, proporcione terapia de apoio e transfira.
- Se o teste de coagulação mostrar a não formação de um coágulo depois de 7 minutos ou de um coágulo mole que se desfaça facilmente, suspeite de coagulopatia e transfira.
- Se a mulher tiver catéteres intravenosos ou fez um desbridamento, tem a probabilidade de contrair infecções. Use as técnicas apropriadas de prevenção de infecções, monitore, cuidadosamente, para sinais de infecção e trate em caso de necessidade.

- Se a mulher estiver a receber fluidos por via IV, está em risco de sobrecarga circulatória. Mantenha um registo rigoroso do equilíbrio de fluidos e monitore a quantidade de fluidos administrados e a excreção de urina (entradas e saídas).

13.8 Hipertensão Crónica

(Elevação da tensão arterial antes das 20 semanas de gestação).

- Tensão arterial diastólica de 90 mm Hg ou mais antes das primeiras 20 semanas de gestação.
- Hipertensão crónica com sobreposição de pré-eclâmpsia ligeira: Tensão arterial diastólica de 90-110 mm Hg ou mais antes de 20 semanas de gestação mais proteinúria até 2+.

13.8.1 Conduta na Hipertensão Crónica

- Encoraje períodos adicionais de repouso.
- Os níveis elevados de tensão arterial mantêm a perfusão renal e da placenta em hipertensão crónica; a redução da tensão arterial resultará na diminuição da perfusão. A tensão arterial não deve ser reduzida abaixo do seu nível antes da gravidez. Não há provas de que um tratamento agressivo para baixar a tensão arterial para os níveis normais melhore os resultados fetais ou maternos:
  - Se a mulher estava a tomar medicação anti-hipertensiva antes da gravidez e a doença está bem controlada, continue a mesma medicação se esta for aceitável para uma gravidez.
  - Se a tensão arterial diastólica for de 110 mm Hg ou mais, ou a tensão arterial sistólica for de 160 mm Hg ou mais, trate com drogas anti-hipertensivas ;
  - Se houver proteinúria ou outros sinais e sintomas, considere uma pré-eclâmpsia sobreposta e siga a conduta e tratamento como para uma pré-eclâmpsia ligeira.

- Monitore o crescimento e as condições do feto.
- Se não existirem complicações, deixe ocorrer um parto de termo.
- Se a pré-eclâmpsia se desenvolver, siga a conduta e tratamento como para uma pré-eclâmpsia ligeira ou pré-eclâmpsia grave.
- Se há anomalias nos batimentos cardíacos fetais (menos do que 120 batimentos por minuto ou mais do que 160), suspeite de sofrimento fetal.
- Se o atraso de crescimento do feto for grave e as datas da gravidez forem exactas, avalie o colo e considere fazer o parto

Esteja atento a complicações tais como descolamento da placenta e pré-eclâmpsia sobreposta.

14 INDUÇÃO E ACELERAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

A indução e estimulação do trabalho de parto são feitos para indicações diferentes, mas os métodos são os mesmos:

- **Indução do trabalho de parto**: estimulando o útero para iniciar o trabalho de parto.
- **Aumento do trabalho de parto**: estimulando o útero durante o trabalho de parto para aumentar a frequência, duração e força das contracções.

Um bom padrão de trabalho de parto está estabelecido quando houver 3 contracções em 10 minutos, com uma duração maior que 40 segundos em cada uma delas.

Se as **membranas estiverem intactas**, a prática recomendada em ambas, indução e aumento do trabalho de parto, é de proceder, primeiro, a uma rotura artificial das membranas (RAM). Em alguns casos, isto é tudo o que é necessário para induzir o trabalho de parto. A rotura das membranas, espontânea ou artificial, provoca, muitas vezes, a seguinte cadeia de eventos:

- O líquido amniótico é expulso;
- O volume uterino diminui;
- São produzidas prostaglandinas que estimulam o trabalho de parto;
- As contracções uterinas começam (se a mulher não estiver em trabalho de parto) ou tornam-se mais fortes (se a mulher já estiver em trabalho de parto).

Em áreas de alta prevalência de HIV, é prudente deixar as membranas intactas, por tanto tempo quanto possível, para reduzir a transmissão vertical peri-natal de HIV.

14.1 Rotura Artificial de Membranas

- Ausculte e anote os batimentos cardíacos fetais.
- Peça à mulher que se deite de costas com as pernas dobradas, pés juntos e joelhos afastados.
- Usando luvas esterilizadas, utilize uma mão para examinar o colo, e tome nota da consistência, posição, apagamento e dilatação. Confirme que a apresentação está encravada (requisito para a RAM).
- Utilize a outra mão para inserir um gancho amniótico ou uma pinça de Kocher na vagina.
- Com os dedos dentro da vagina, guie a pinça ou o gancho até às membranas.

Coloque dois dedos contra as membranas e proceda, cuidadosamente, à rotura das membranas com o instrumento na outra mão. Permita que o líquido amniótico drene, lentamente, à volta dos dedos.

- Tome nota da cor do líquido (claro, esverdeado, sanguinolento). Se **houver um mecónio espesso**, suspeite de sofrimento fetal.
- Depois da RAM, ausculte os batimentos cardíacos fetais durante e depois de uma contracção. Se **os batimentos cardíacos fetais forem anormais** (menos de 120 ou mais de 160 batimentos por minuto), suspeite de sofrimento fetal.
- Se o **parto não ocorrer dentro de 18 horas**, administre antibióticos profilácticos para ajudar a reduzir a infecção do recém-nascido, por estreptococos do grupo B
- Se **um bom padrão de trabalho de parto não estiver estabelecido após a RAM**, inicie uma infusão de oxitocina (5 -10 UI de oxitocina em 1000 ml de Dextrose 5%, 15 gotas por minuto, podendo-se duplicar o gotejo caso não haja resposta adequada.
- Se o **trabalho de parto foi induzido devido a doença materna grave** (p. ex. sépsis ou eclâmpsia) inicie a infusão de oxitocina ao mesmo tempo que a RAM.

14.2 Administração de Oxitocina

Tabela 24 - Velocidades da infusão de oxitocina para indução de trabalho de parto

Tempo desde o início da indução (horas)	Concentração de oxitocina	Gotas por minuto	Dose aproximada (mUI/minuto)	Volume da infusão	Volume total da infusão
0,00	2,5 Unidades em 500 ml de dextrose ou soro fisiológico (5 mUI/ml)	10	3	0	0
0,50	Idem	20	5	15	15
1,00	Idem	30	8	30	45
1,50	Idem	40	10	45	90
2,00	Idem	50	13	60	150
2,50	Idem	60	15	75	225
3,00	5 unidades em 500 ml de dextrose ou soro fisiológico (10 mUI/ml)	30	15	90	315
3,50	Idem	40	20	45	360
4,00	Idem	50	25	60	420
4,50	Idem	60	30	75	495

(A ser usado só por pessoal capacitado e treinado para o efeito)

Aumente a velocidade da infusão de oxitocina somente até que um bom padrão de trabalho de parto esteja estabelecido e mantenha, depois, a infusão a essa velocidade.

Aumento rápido para primigestas:

Velocidades da infusão de oxitocina para indução do trabalho de parto (Nota 1 mL≈ 20 gotas)

Tempo desde o início da indução (horas)	Concentração de oxitocina	Gotas por minuto	Dose aproximada (mUI/minuto)	Volume da infusão	Volume total da infusão
0,00	2,5 unidades em 500 mL de dextrose ou soro fisiológico (5 mUI/mL)	15	4	0	0
0,50	Idem	30	8	23	23
1,00	Idem	45	11	45	68
1,50	Idem	60	15	68	135
2,00	5 unidades em 500 ml de dextrose ou soro fisiológico (10 mUI/mL)	30	15	90	225
2,50	Idem	45	23	45	270
3,00	Idem	60	30	68	338

14.3 Uso do Misoprostol

- **Use misoprostol para indução do trabalho de parto em situações, tais como:**
  - Pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, quando o colo não estiver favorável e uma cesariana segura não esteja imediatamente disponível ou o bebé for demasiado prematuro para sobreviver;
  - Morte fetal intra-uterina
  - Rotura prematura das membranas (RPM)
  - Gravidez pós-termo.
- Coloque 50 mcg (1/4 do comprimido de 200 mcg) de misoprostol no fundo do saco posterior da vagina. Repita após 6 horas, se necessário;
- **Se não houver nenhuma resposta após 2 doses de 50 mcg:**

- Nos casos de Pré-eclâmpsia grave, Eclâmpsia e Rotura Prematura das Membranas fazer cesariana
- Nos casos de Morte Fetal intra-uterina, aguardar 24h e repetir a indução.
- Na gravidez pós-termo, controlar o bem estar fetal. Se os batimentos cardíacos estiverem entre 120 e 160, aguardar 24h e repetir a indução.

- Não use mais do que 50 mcg de uma só vez e não exceda 4 doses (200 mcg).

  Não use oxitocina dentro de 8 horas após ter usado misoprostol. Monitore as contracções uterinas e os batimentos cardíacos fetais.

15 PATOLOGIA NA EVOLUÇÃO DO PARTO

15.1 Trabalho de Parto Pré-termo

O Parto Pré-termo está associado a uma maior morbi-mortalidade peri-natal. A conduta no trabalho de parto pré-termo consiste na tocolise (tentativa para parar as contracções uterinas) ou deixar que o trabalho de parto progrida. Os problemas maternos estão relacionados, principalmente, com intervenções feitas para parar as contracções (ver abaixo).

15.2 Conduta

Faça todos os esforços para confirmar a idade gestacional do feto.

TOCOLISE

Esta intervenção visa atrasar o parto até que o efeito dos corticosteróides tenha sido alcançado, istoé acelerado a maturação pulmonar fetal (ver abaixo).

- Tente a tocolise se:
  - A gestação for menor do que 37 semanas;
  - O colo tiver uma dilatação de menos do que 3 cm;
  - Não houver amnionite, pré-eclâmpsia, rotura de membranas ou hemorragia vaginal activa;
  - Não houver sofrimento fetal.
- Confirme o diagnóstico de trabalho de parto pré-termo, através do apagamento ou dilatação cervical durante 2 horas.
- Se a **gestação for menor do que 37 semanas**, administre corticosteróides à mãe para melhorar a maturidade pulmonar do feto e as probabilidades de sobrevivência neonatal.

Procedimentos na Tocolise :

- Administre uma droga tocolítica e monitore a condição materna e fetal (pulso, tensão arterial, sinais de dificuldade respiratória, contracções uterinas, perda de líquido amniótico ou sangue, batimentos cardíacos fetais, equilíbrio hídrico, glicémia, etc.).

  Nota: Não administre drogas tocolíticas por mais de 48 horas.

Se, apesar do uso de drogas tocolíticas, o trabalho de parto pré-termo continuar a evoluir, organize-se para que o bebé receba cuidados, nos serviços mais apropriados, com cuidados neonatais.

Tabela 25 - Drogas tocolíticas para as contrações uterinas

Droga	Dose inicial	Dose subsequente	Efeitos colaterais e precauções
Salbutamol	10 mg em 1 L de líquidos IV. Inicie infusão IV a 10 gotas por minuto.	**Se as contracções persistirem**, aumente a velocidade da infusão em 10 gotas por minuto de 30 em 30 minutos até as contracções pararem ou o pulso materno exceder 120 por minuto. **Se as contracções pararem**, mantenha a mesma velocidade da infusão durante pelo menos 12 horas depois da última contracção.	**Se o pulso materno aumentar** (mais do que 120 por minuto), reduza a velocidade da infusão; **se a mulher estiver anémica**, use esta droga com cuidado. Se forem usados esteróides e salbutamol, **pode ocorrer edema pulmonar materno**. Reduza os líquidos, mantenha o equilíbrio hídrico e suspenda a droga
Indometacina	100 mg dose de ataque por via oral ou rectal	25 mg de 6 em 6 horas durante 48 horas	Se **a gestação tiver mais do que 32 semanas**, evite o seu uso para prevenir a oclusão prematura do ductos arterioso fetal. Não use durante mais do que 48 horas.

[a] As drogas alternativas incluem terbutalina, nifedipina e ritodrina.

PERMITIR A PROGRESSÃO DO TRABALHO DE PARTO

- **Permita que o trabalho de parto progrida se:**
  - A idade gestacional for igual ou superior a 37 semanas;
  - A dilatação do colo for mais do que 3 cm;
  - Houver hemorragia activa;
  - O feto estiver em sofrimento, morto ou tenha uma anomalia incompatível com a sobrevivência;
  - Houver amnionite ou pré-eclâmpsia
- Monitore a progressão do trabalho de parto usando o partograma.

  Nota: como os riscos de uma hemorragia intra-craniana no bebé pré-termo são altos, evite o parto por ventosa.
- Prepare-se para receber um bebé prematuro ou de baixo peso à nascença e antecipe a necessidade de ressuscitação (***pág 56***).

15.3 Rotura Pré-Termo das Membranas (antes das 37 semanas)

A Rotura Pré-termo das membranas (RPM) é a rotura das membranas quando o feto é ainda imaturo (pré-termo ou seja antes das 37 semanas de gestação).

15.3.1 Confirmação diagnóstica

O cheiro típico do líquido amniótico confirma o diagnóstico.

Se a **rotura de membranas não for recente** ou quando a **perda de líquidos é gradual**, pode ser difícil confirmar o diagnóstico:

- Coloque um penso higiénico vulvar, e examine-o, olhando-o e cheirando-o passada uma hora;
- Use um espéculo esterilizado para efectuar um exame vaginal:
  - Pode ser visto líquido a sair do colo ou a formar um poço no fundo do saco posterior da vagina;
  - Peça à mulher que tussa; isto poderá provocar a saída de um jacto de líquido.

Não faça um toque vaginal uma vez que não ajuda a determinar o diagnóstico e poderá levar a uma infecção.

- Se disponíveis, faça os seguintes testes:

- O **teste de nitrazina** depende do facto das secreções vaginais e urina serem ácidas enquanto o líquido amniótico é alcalino. Segure um pedaço de papel de nitrazina num hemostato e molhe-o com o líquido acumulado na lâmina do espéculo. Uma mudança de cor de amarelo para azul indica alcalinidade (presença de líquido amniótico). O sangue e algumas infecções vaginais provocam resultados falsos - positivos;
- Para **o teste de cristalização (Ferning)**, espalhe um pouco de líquido numa lâmina de vidro e deixe-o secar. Examine a lâmina com um microscópio. O líquido amniótico cristaliza e poderá deixar um padrão de folhas de feto. São frequentes os resultados falsos negativos

15.3.2 Conduta

- Se existe **perda de sangue vaginal com dores abdominais intermitentes ou constantes**, suspeite de descolamento da placenta (***pág. 105***)
- Se **existem sinais de infecção** (febre, corrimento vaginal fétido), administre antibióticos como para tratar uma amnionite (***pág.130***)
- **Se não existirem sinais de infecção e a gestação for menor que 37 semanas (há maior probabilidade de imaturidade pulmonar fetal):**
  - Administre antibióticos profiláticos para reduzir a morbilidade infecciosa materna e neonatal e para adiar o parto
    - Metronidazol 250 mg por via oral, três vezes por dia, durante 7 dias.
    - MAIS, Amoxicilina 500 mg por via oral, três vezes por dia durante 7 dias
  - Se possível, considere a transferência para uma Unidade de Sanitária que preste melhores cuidados neonatais
  - Administre corticosteróides à mãe para melhorar a maturidade pulmonar do feto:
    - 12 mg de betamethasone por via IM, em duas doses com 24 horas de diferença;
    - OU 6 mg de dexamethasone por via IM, em 4 doses com 12 horas de intervalo.
    - **Nota**: Os corticosteróides não devem ser usados se existirem sinais de infecção.
  - Faça o parto se tiver certeza que a gestação é de 34 semanas ou mais
  - Se existirem **contracções palpáveis, e uma perda vaginal mucosa manchada de sangue**, suspeite de trabalho de parto pré-termo.
- **Se não existir nenhum sinal de infecção e a gravidez tiver 34 semanas ou mais:**

- Se **as membranas estiverem rotas há mais de 18 horas**, administre antibióticos profilácticos de modo a reduzir o risco de infecção, por estreptococos do grupo B, no recém-nascido:
  - Se **não existir nenhum sinal de infecção após o parto**, suspenda os antibióticos.
- Avalie o colo:
  - Se o **colo estiver favorável** (mole, fino, parcialmente dilatado) induza o trabalho de parto usando oxitocina **(*pág.123*)**;
  - Se o **colo não estiver favorável** (firme, espesso, fechado) amadureça o colo usando misoprostol, ou faça a infusão de oxitocina ou faça o parto por cesariana.

15.4 Amniotite

- Administre uma combinação de antibióticos até ao parto **(*pág 172*)**
- Avalie o colo:
  - Se o **colo estiver favorável** (mole, fino, parcialmente dilatado) induza o trabalho de parto usando oxitocina;
  - Se o **colo não estiver favorável** (firme, espesso, fechado) amadureça o colo usando misoprostol ou faça a infusão de oxitocina ou faça o parto por cesariana.
- Se **suspeitar de uma metrite** (febre, corrimento vaginal fétido), administre antibióticos **(*pág 178*)**.
- Se **suspeitar de sépsis no recém-nascido** faça uma hemocultura se possível, e inicie imediatamente a administração de antibióticos enquanto aguarda o resultado.

15.5 Trabalho de Parto Arrastado

15.5.1 Definição

Considera-se trabalho de parto arrastado quando a fase activa está prolongada devido a causas funcionais (ex: dinâmica uterina) ou mecânicas (ex: Pélvis estreita).

Muitas complicações podem surgir quando há trabalho de parto arrastado. A incidência da mortalidade e morbilidade peri-natais aumenta. Cerca de 8% de todas as mortes maternas são devidas ao trabalho de parto obstruído e arrastado.

Podem ocorrer vários padrões de trabalho de parto disfuncional devido a:

15.5.2 Fase Activa Prolongada

É considerada prolongada se a dilatação não se fizer 1cm/h na nulípara ou 1,5cm/h na multípara e ou se não se verificar a descida da apresentação.

Nesta situação deve-se reavaliar a bacia da mãe, avaliar a apresentação e posição do feto e excluir uma desproporção feto pélvica, fazer hidratação intravenosa e glicose hipertónica (20ML), controlar o padrão de contracções e proceder a amniorexis caso a apresentação esteja encravada e a mulher seja seronegativa. Se apesar das medidas anteriormente tomadas o trabalho de parto não evoluir estará certamente perante um trabalho de parto obstruído.

15.6 Trabalho de Parto Obstruído (distócia mecânica)

15.6.1 Definição

O **Trabalho de parto obstruído**, é aquele em que apesar de haver contracções uterinas fortes o parto não pode progredir devido a factores mecânicos.
O Trabalho de Parto Obstruído é uma das causas de aumento de morbi-mortalidade materna e peri-natal.

15.6.2 Causas de Trabalho de Parto Obstruído

Causas Maternas	Causas fetais
Pélvis estreita	Macrossomia fetal
Deformidade da pélvis	Apresentações viciosas ou anormais (fronte, face, mento posterior, espádua)
Miomas no segmento inferior	Malformações fetais (hidrocefalia, gémeos siameses, distensão abdominal fetal, etc.)
Estenose do colo ou vagina, muitas vezes cicatricial	Apresentação composta

15.6.3 Quadro clínico

- Progressão anormal do partograma
- Pode palpar-se a apresentação fetal acima da sínfise púbica
- Ao toque vaginal pode detectar-se moldagem no caso de apresentação cefálica.
- As contracções uterinas são muito fortes e frequentes podendo por vezes o útero estar hipertónico. Quando se atinge a exaustão uterina as contracções podem estar ausentes.
- Sinais de ameaça de rotura uterina podem estar presentes (ver rotura uterina)

- Sinais de sofrimento Fetal: Foco irregular ou bradicárdico e ou presença de mecónio espesso.
- Morte Fetal Intra-uterina.

15.6.4 Conduta

1. Colocar um soro dextrose a 5% ou Ringer 1000 cc com 4 ampolas de salbutamol dentro do balão e correr a 40 gotas/minuto para diminuir ou parar as contracções.
2. Algaliar a doente
3. Administrar: Ampicilina 1g ou Penicilina Cristalina 4 000 000 UI/IV.
4. **Enviar a doente para uma unidade sanitária com recursos cirúrgicos, acompanhada de guia de transferência detalhada.**

15.6.5 Complicações do Parto Obstruído

- Rotura Uterina
- Hemorragia Intra-parto
- Lacerações do Canal de Parto
- Sépsis Puerperal
- Fístulas vesico-vaginais e recto-vaginais

15.7 Actividade uterina inadequada (distócia dinâmica)

Se as contracções forem ineficientes e tiver sido excluído o diagnóstico de desproporção cefalo-pélvica e de obstrução, a causa mais provável do trabalho de parto prolongado é uma actividade uterina inadequada, distócia mecânica.

As contracções ineficientes são menos comuns em multíparas. Portanto, todos os esforços devem ser feitos para excluir desproporção numa multípara antes de aumentar a actividade uterina com oxitocina.

Rompa as membranas e induza o Trabalho de Parto usando Oxitocina.

Reavalie a progressão por meio do exame vaginal 2 horas após o estabelecimento de um padrão de boas e fortes contracções.

Se não houver nenhuma progressão entre os exames, faça o parto por cesariana.

Se a progressão continuar, continue a infusão de oxitocina e reexamine após 2 horas. Continue a seguir o progresso cuidadosamente.

15.8 Fase Expulsiva Prolongada

Os esforços de expulsão maternos aumentam o risco fetal pela redução da passagem de oxigénio para a placenta. Permita o "esforço" materno espontâneo, mas não encoraje um esforço e retenção de respiração prolongados.

Se tiverem sido excluídas má apresentação, obstrução óbvia e multiparidade, aumente a actividade uterina com oxitocina.

Se mesmo assim não houver descida:

- Se a cabeça estiver 4/5 abaixo da sínfise púbica, faça o parto com ventosa;
- Se a cabeça estiver entre 1/5 e 3/5 acima da sínfise púbica, faça o parto por ventosa e sinfisiotomia;
- Se o operador não tiver experiência em sinfisiotomias, faça o parto por cesariana.
- Se a cabeça estiver a mais do que 1/5 acima da sínfise púbica, faça o parto por cesariana.

16 USO DA VENTOSA

16.1 Introdução

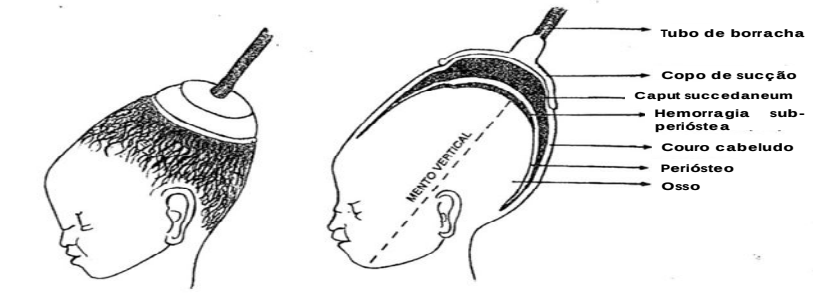
Este módulo pretende orientar sobre: indicações do uso da ventosa (quando a ventosa deve ser usada para assistir ao parto), como identificar essas indicações, como deve ser usada e que equipamento a usar de modo a ajudar a parturiente. E também como limpar e cuidar da ventosa e informação adicional sobre o equipamento.

16.2 Mecanismo de Acção

A ventosa é usada em muitas partes do mundo para assistir a partos e é considerado um método mais seguro comparando com o fórceps. Por vezes as mães precisam de ajuda no período expulsivo. A parteira pode usar a ventosa para assistir a mãe nos seus esforços para expulsão do feto evitando um parto prolongado.

O vácuo (aspirador) dentro do copo da ventosa faz uma sucção sobre a pele do crâneo fetal. Puxa a pele do couro cabeludo para dentro do copo do aspirador. O copo de sucção aspira ou prende-se ao couro cabeludo sem ferir o osso do crânio fetal.
A sucção da ventosa pode causar um pequeno descolamento periósteo do osso craniano fetal, algumas vezes causando uma pequena hemorragia (hemorragia sub-perióstea).
A parteira usa a ventosa para direccionar a cabeça do bebé enquanto a mãe faz o esforço expulsivo.

Figura 28 - Efeito do copo da ventosa



Efeito do copo da Ventosa

16.3 Indicações para o uso de ventosa

A parteira continua a monitorar a mãe e o bebé durante o segundo período do trabalho de parto. Por vezes a mãe precisa de ajuda no trabalho de parto. A ventosa pode ajudar a parteira neste período:

- **Segundo Período do Trabalho de Parto quando** o esforço espulsivo não progride em 30 minutos em primigrávidas, ou 20 minutos em multíparas.
- **Sofrimento fetal no Segundo Período do Trabalho de Parto.** O bebé está vivo ou recentemente morto (paragem cardíaca fetal durante o trabalho de parto).
- **Outras indicações de ventosa são:**
  - Sofrimento materno, anemia severa, problemas cardíacos, hipertensão, diabetes, asma, malnutrição, ou tuberculose.
  - Pélvis pequena ou rigidez do períneo
  - Desproporção devido a deflexão do crâneo fetal

16.4 Condições para o uso da ventosa

Quando decidir se a mulher deve ou não ser ajudada pelo uso da ventosa, a parteira deve fazer exame abdominal e vaginal cuidadoso que deve incluir:

- Bebé termo (crescimento fetal completo)
- Apresentação vértice (cefálica)
- Ruptura de membranas
- Ausência de desproporção cefalo-pélvica:
  - (a) Ausência da moldagem craniana fetal,
  - (b) Ausência de caput succedaneum,
  - (c) O plano de apresentação deve ser III plano ao exame vaginal
- O bebé está vivo ou teve paragem cardíaca durante o trabalho de parto

- Presença de contracções
- Dilatação completa do cervix

16.5 Contra-indicações para o uso da ventosa:

Não tentar fazer uma ventosa nas seguintes condições:

- Ausência de contracções
- Desproporção cefalo-pélvica/ desproporção fetal (bebé grande)
- Moldagem fetal +2 ou mais
- Caput succedaneum Grande
- Apresentação não de vértice (cefálica) (todos os tipos)
- Dilatação incompleta do cervix
- Gravidez pré-termo "Idade gestacional menor de 37 semanas"
- Apresentação não encravada
- Desacoplamento da ventosa (aspirador descola) 3 vezes e falha das tentativas depois de 15 minutos ou 5 contracções

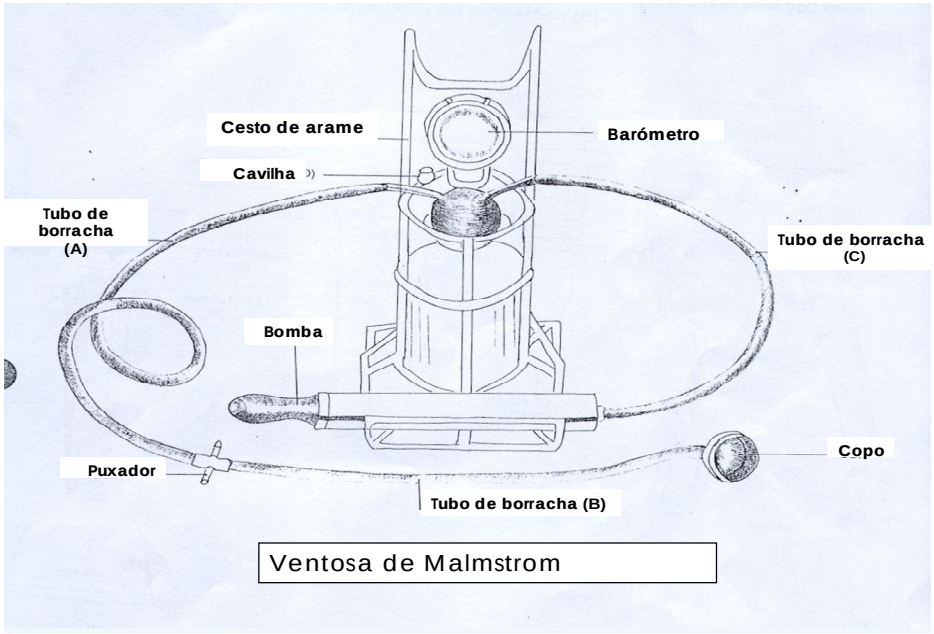
16.6 Conheça e use bem a ventosa

A parteira deveria usar a ventosa uma vez em cada 5 partos normais, para ganhar experiência. Escolha primíparas no final do primeiro período, quando o colo está completamente dilatado e a cabeça já é visível no períneo. Isto ajudará a aprender sobre as habilidades no uso da ventosa antes de tentativas em trabalhos de parto mais difíceis.

Material necessário

- Equipamento de ventosa
- Kit de parto

Figura 29 - Ventosa com copo metálico (malmstrom)



A ventosa com copo metálico inclui: uma tubagem de borracha (B); uma cadeia de metal que termina num suporte conectado ao copo. A tubagem de borracha (A) vai desde o suporte até ao recipiente de vidro que está acoplado ao instrumento para medir pressão. A bomba manual tira o ar e faz o vácuo. A bomba (de pé eléctrica) está acoplada a um curto pedaço de tubo de borracha (C) e um recipiente de vidro. Um cesto de arame suporta e protege a garrafa do vácuo. A bomba puxa ar da garrafa de vidro, criando um vácuo. A pressão do vácuo é reduzida pelo alívio da tampa (D). O suporte é usado para puxar a cada contracção. Ver métodos de aprendizagem 2, para mais informação sobre ventosa com copo metálico.

A ventosa de malmstrom é usada com pressão contínua no copo. (a ventosa de copo de plástico usa pressão somente com contracção). Os procedimentos aqui descritos são somente para o uso da ventosa do tipo malmstrom.

Veja nesta tabela as medidas que estão na sua ventosa.

Tabela 26 - Tabela de conversão das ventosas

Tabela de conversão de ventosa				
MmHg	Polegadas hg	Lb/polegada^2	Kg/cm^2	
760	29.9	14.7	1.03	
700	27.6	13.5	0.95	
600	23.6	11.6	0.82	**Linha de pressão máxima**
500	19.7	9.7	0.68	
400	15.7	7.7	0.54	
300	11.8	5.8	0.41	
200	7.9	3.9	0.27	
100	3.9	1.9	0.13	

Avaliação da parturiente e aplicação da ventosa:

1- Fazer exame abdominal e vaginal para ter a certeza de que as seguintes condições estão presentes para a ventosa.
As condições para o uso da ventosa são as seguintes:
- Bebé de termo (crescimento fetal completo)
- Apresentação cefálica (vertix)
- Dilatação completa do colo (o bordo anterior pode ser uma excepção)
- Apresentação no III plano à palpação abdominal o que indica ausência de desproporção cefalo-pélvica
- Ruptura de membranas
- Ausência de moldagem do crânio fetal, ausência de caputsucedâneo, e.
- Bebé está vivo ou teve paragem cardíaca durante o trabalho de parto. Se existe maceração fetal, a ventosa não funcionara correctamente)
- Contracções presentes

2- Explicar a mãe e sua família se possível o que se irá fazer e porquê, como isto pode ajudar a parturiente. Ajude-a a entender que irá usar a ventosa para ajudá-la no trabalho de parto para que este seja fácil e rápido.

3- Preparar o equipamento, para além do Kit de rotina adicionar a ventosa.
Conecte a bomba, tubagem, absorvente de muco, e copo. Use o maior copo disponível que se adapte bem. Teste a ventosa na palma da sua mão apertando o suporte da bomba para iniciar a aspiração. Segure o copo na sua mão; deverá sentir uma sucção na sua mão. Alivie a pressão.

4- Se a mãe não é capaz de urinar, cateterizar para ter a certeza que a bexiga está vazia (a bexiga cheia pode retardar o segundo período).

5- A mãe deve deitar-se de costas com as suas pernas flectidas. Se não estiver disponível uma marquesa, ajudar a mulher a mover as suas nádegas para o bordo

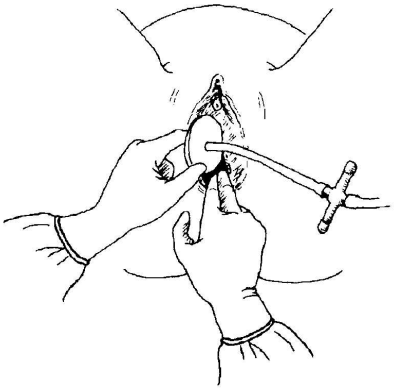
da mesa ou cama (neste caso, as suas pernas devem ser seguradas por assistentes ou pela própria mãe).

6- Fazer um exame vaginal para determinar a posição fetal e sua apresentação. Encontre a fontanela posterior. Ponha o copo sobre a cabeça bem flectida. Se a cabeça não estiver bem flectida, aplique o copo na mesma. Ao puxar na direcção correcta a cabeça flectirá.

7- Limpar bem a cabeça do bebé com uma compressa seca.

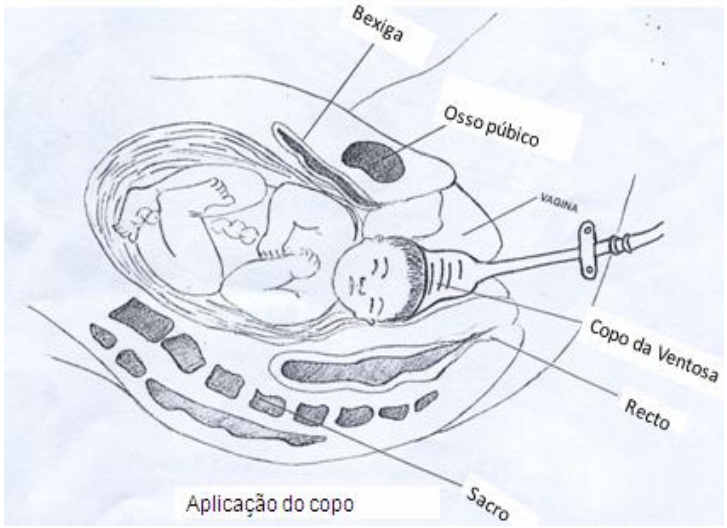
8- Aplicar o copo.

- Segurar o copo de extracção na sua mão mais habilidosa
- Separar os lábios com os dedos da outra mão
- Gentilmente puxe para baixo o períneo para arranjar espaço para o copo
- Segure o copo da ventosa com os dedos
- Insira gentilmente o copo na vagina
- Recorde-se da posição da fontanela posterior e localize-a; pressione o copo para baixo e para dentro da vagina até que o copo toque o couro cabeludo.
- Pressione o copo contra a parte do crânio fetal mais fácil de alcançar



- Pode ser necessária uma episiotomia, nesta altura, para a colocação apropriada. Se **a episiotomia não for necessária para a colocação**, adie a episiotomia até a cabeça distender o perineo ou o perineo interferir com o eixo de tracção. Isto evitará uma perda de sangue desnecessária.

Passe o dedo gentilmente por volta do bordo do copo para ter a certeza que nenhum tecido materno foi apanhado por baixo do copo.



9- Aumente a pressão.

- Aperte o suporte da bomba para aumentar a pressão até 100mmHg (milímetros de mercúrio). Ver a tabela de conversão da ventosa nos métodos de aprendizagem 3.
- Verificar de novo para ter a certeza de que nenhum dos tecidos maternos tenham sido sugados pelo copo, porque o copo pode sugar e danificar os tecidos maternos.
- Esperar pela contracção seguinte.
- Quando a contracção seguinte estiver começando, elevar a pressão da ventosa a 400mm Hg (15 polegadas Hg). A pressão não deve exceder a **600 mm Hg (22 polegadas Hg).**

Puxar a cabeça fetal para baixo durante a contracção.

Somente puxe com a contracção e com esforço expulsivo materno

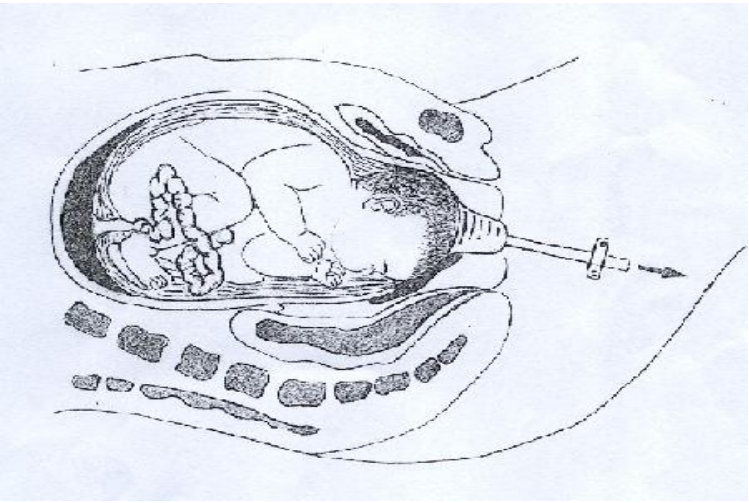
Primeira tracção: **para baixo** para mover a cabeça por flexão sobre a sínfise e para alcançar o períneo,

Segunda tracção: **para baixo,** como no primeiro, deve notar-se progresso,

Terceira tracção: **para fora,** para que a cabeça progrida sobre o períneo,

Quarta tracção: **puxe para cima,** para ajudar a mãe a retirar a cabeça do bebé.

Figura 30 - Direcção correcta da tracção antes do vértice se apresentar na púbis: Puxe para baixo



Puxe para baixo em direcção aos joelhos até que o vértice (cefálica) passe a sínfise púbica.

- Encorajar a mãe a fazer esforço expulsivo longa e constantemente durante a contracção.
- Enquanto a mãe puxa, **puxe para baixo** segurando firmemente. A cabeça do bebé fará uma rotação na velocidade e direcção do parto normal.
- Não gire nem abane o copo ou suporte; isto pode causar que o copo solte. O couro do bebé pode sofrer lesões (escoriações, sangramento e edema) quando o copo soltar.

Quando a contracção parar:

- Reduza a pressão 100mm Hg.
- **Não puxe**
- Encoraje a que a mãe respire lentamente e profundamente para relaxar
- Entre as contracções, verifique:
  - os batimentos cardíacos fetais ;
  - a aplicação da campânula.

10- Repetir o passo 10 até que o vértice da cabeça passe pela sínfise púbica. Geralmente 2 ou 3 vezes é suficiente. Devem notar-se progressos em cada contracção. Com cada contracção, direccione a cabeça para fora. a cabeça deve progredir sobre o períneo. Não deixe a pressão manter-se em níveis máximos (600 mm hg) por mais de 10 minutos no total. Pressão exagerada pode causar sangramento no crânio ou séria lesão do couro.

11- Expulsão do bebé.

- A episiotomia pode ser necessária para diminuir a resistência do períneo antes do bebé se apresentar na vulva. Se **a episiotomia não foi necessária para a colocação do copo,** ela pode ser realizada quando a cabeça começar a distender o perineo.
- Quando o bebé começar a apresentar-se no intróito vaginal, durante a contracção seguinte, com a pressão a 600mm hg, **puxe para cima.** Após a cabeça ter saído, alivie a pressão e continue com o trabalho de parto.

Figura 31 - Puxe para cima quando a cabeça aparecer

A ventosa em mãos capazes é mais segura para a mãe e bebé do que o atraso do trabalho de parto e/ou uma longa viagem ao hospital de referência.

13- Após o trabalho de parto, cuidar do equipamento.

Cuidados com a bomba

Algumas bombas demonstram áreas de pressão seguras com diferentes cores. Vermelho significa que a pressão está muito elevada e é perigosa. Na tabela, a **linha de pressão máxima** é marcada para lhe relembrar que está é a pressão mais alta que pode usar com uma ventosa

Limpeza e cuidados com a ventosa

- A ventosa é um instrumento delicado. Segure com cuidado. Evite deixar cair ou bater sobre superfícies duras. Conservar em lugar limpo, seco e coberta.
- Após o uso da ventosa no trabalho de parto, desinfectar e limpar para estar pronta para o próximo uso se necessitar. Atar a bomba, tubos, e ligar com um pano limpo embebido na solução desinfectante.

- Limpe qualquer fluido que tenha entrado para a bomba durante o parto pelo bombeamento de água morna. É importante fazer isto o mais rápido possível. Se o sangue secar ou aderir a sua bomba, isto destruirá a bomba.
- **Não deixar fluidos secar dentro da bomba.** Isto pode fazer com que a bomba não funcione. Para secar, bombear ar para dentro do equipamento até que seque completamente.
- Se estiver a usar tubagem ou copo reutilizável, deve desinfectá-lo, depois lavar com água e sabão. Enxugar bem, drenar a tubagem e secar completamente. Esterilizar ou fazer desinfecção segura do copo e tubagem antes de usar para o parto.

Condições em que consideramos que a <u>Ventosa Falhou</u> :

- A cabeça não avança em cada tracção;
- O feto não é expulso depois de 3 tracções sem nenhuma descida ou após 0 minutos;
- A campânula escorrega da cabeça, duas vezes, na direcção apropriada da tracção com uma pressão negativa máxima.
- Todas as aplicações devem ser consideradas uma tentativa de extracção por ventosa. Não persista se não houver descida em todas as tracções.

Como proceder quando a tentativa de extracção falhou ?

- **Se a extracção por ventosa falhar faça uma cesariana**.

16.7 Complicações Com o Uso da Ventosa

As complicações normalmente resultam do não seguimento das condições da aplicação ou de esforços contínuos para além dos limites de tempo acima indicados.

16.7.1 <u>Complicações Fetais</u>

1. Edema localizado do couro cabeludo (caput artificial) sob a campânula do vácuo. É inofensivo e desaparece dentro de algumas horas.

2. Cefalohematoma. Requer observação e normalmente desaparece dentro de 3-4 semanas.

3. Escoriações do couro cabeludo (comuns e inofensivas) e lacerações.
   Limpe e examine as lacerações para determinar se são necessárias suturas.

4. Necrose é extremamente rara.

5. Hemorragia intracraniana. É extremamente rara e requer cuidados intensivos neonatais imediatos.

16.7.2 Complicações Maternas

- Podem ocorrer lacerações do tracto genital. Examine a mulher, cuidadosamente, e repare quaisquer lacerações no colo ou vagina ou repare a episiotomia.

16.8 Prolapso Do Cordão Umbilical

- O cordão umbilical apresenta-se no canal de parto abaixo da parte fetal apresentada.
- O cordão umbilical é visível na vagina após a rotura das membranas.

16.8.1 Conduta

Depende da pulsatilidade do cordão e do estadio do trabalho de parto.

- Administre oxigénio a 4-6 L por minuto por máscara ou sonda nasal.
- Se o cordão estiver a pulsar, o feto está vivo.
- Diagnostique a etapa do trabalho de parto por meio de um exame vaginal imediato.
- Se a mulher estiver no **primeiro estadio do trabalho de parto**, em todos os casos:
  - Coloque a mulher na posição geno-peitoral

Figura 32 - Posição geno-peitoral

- Usando luvas esterilizadas, insira uma mão na vagina e empurre a parte apresentada para cima para diminuir a pressão sobre o cordão e desalojar a parte apresentada da pélvis;

- Coloque a outra mão no abdómen na região supra-púbica, para manter a parte apresentada fora da pélvis;

- Uma vez que a parte apresentada esteja firmemente segura acima do bordo pélvico, remova a outra mão da vagina. Conserve a mão sobre o abdómen até à cesariana;

- Se disponível, administre 0,25 mg de salbutamol, diluído em 10 ml de soro fisiológico, por via IV, lentamente, durante 2 minutos para reduzir as contracções;" OU administre um soro Ringer 500 ml com 1 mg (2 ampolas) salbutamol por via IV, para reduzir as contracções"

- Faça, imediatamente, uma cesariana.

- Se a mulher estiver no **segundo estadio do trabalho de parto**:

  - Antecipe o parto com uma episiotomia e uma extracção por ventosa) **(*pág. 134*)**

  - No caso de uma **apresentação pélvica**, faça uma extracção pélvica **(*pág.149*)**

  - Prepare-se para a ressuscitação do recém-nascido) **(*pág 57*)**.

AUSÊNCIA DE PULSAÇÃO DO CORDÃO

Se **não houver pulsação do cordão**, o feto está morto. Faça o parto do modo mais seguro para a mulher.

16.9 Embolia de Líquido Amniótico

Complicação muito perigosa para a mãe. É rara e ocorre durante a fase activa do trabalho de parto ou após o parto. Caracteriza-se por inicio súbito de dispneia, cianose, broncoespasmo, hipotensão, edema pulmonar seguido de paragem cárdio-respiratória. Pode ocorrer shock, convulsões e sofrimento fetal.

O tratamento é pouco eficaz (manobras de ressuscitação cardio-pulmonar, infusão de fluidos e espasmolíticos (salbutamol) corticosteróides (hidrocortisona, 100 mg EV 6/6 h).

A mortalidade materna atinge 80%

17 APRESENTAÇÕES VICIOSAS

As apresentações viciosas são todas apresentações do feto que não sejam de vértex. As posições viciosas são posições anormais do vértex da cabeça fetal (com o occipito como ponto de referência) em relação à pélvis da mãe.

17.1 Causas

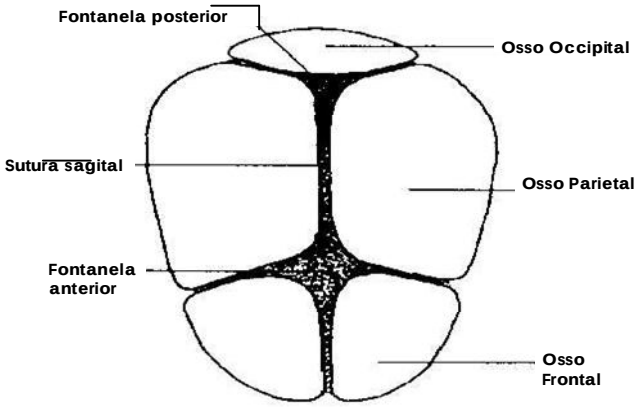
- Feto muito grande
- Prematuridade
- Malformações do feto (hidrocefalia, anencefalia)
- Multiparidade
- Gravidez múltipla,
- Hidrâmnios ou oligo-hidrâmnios
- Pélvis pequena ou mal formada
- Anomalias uterinas e tumores

17.2 Diagnóstico

DETERMINE A PARTE QUE SE APRESENTA

- A apresentação mais comum é a do vértex da cabeça fetal. Se esta fôr a parte que se apresenta, use os pontos de referência do crânio do feto para determinar a posição da cabeça fetal.

Figura 33 - Pontos de referência no crânio do feto

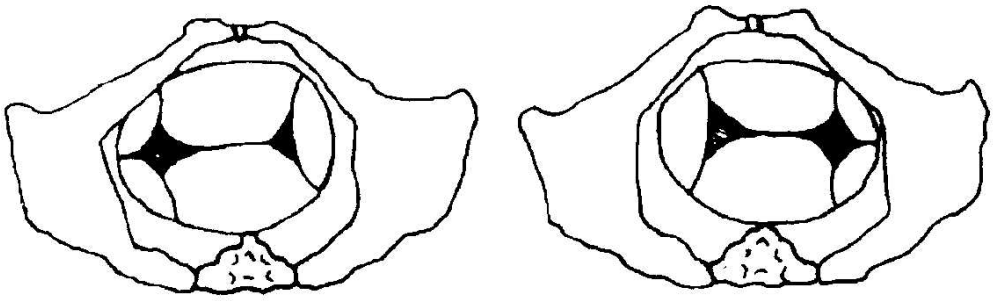


Osso Frontal

DETERMINE A POSIÇÃO DA CABEÇA FETAL

- Normalmente, a cabeça do feto encaixa-se na pélvis materna numa posição de occipito transversa, com o occipito do feto transversal à pélvis materna.

Figura 34 - Posições occipto transversas



Occipito Transversa esquerda **Occipito Transversa direita**

- Com a descida, a cabeça do feto roda de modo a que o occipito do feto seja anterior à pélvis materna. A não rotação de uma posição de occipito transversa para uma posição occipito anterior deve ser tratada como uma posição occipito posterior.

17.3 Apresentação Occipto-Posterior (Bregmática)

17.3.1 Definição

Nesta apresentação o osso occipital encontra-se na posição posterior da pélvis e ao toque vaginal toca-se a fontanela anterior.

17.3.2 Quadro Clínico

A cabeça mantém-se normalmente alta, encaixando-se só quando a dilatação está completa.

17.3.3 Evolução

Pode haver rotação natural para posição occipital anterior (mais frequente nas multíparas). Se esta não sucede e o occipital se mantém posteriormente, uma boa episiotomia deve ser efectuada, pois um maior diâmetro da cabeça, distende a vulva durante o parto. Pode haver parto arrastado.

17.3.4 Conduta

- Avaliar o feto e a pélvis para descartar desproporção cefalo-pélvica (DCP). **Se houver DCP transferir para cesariana, numa unidade com capacidade cirúrgica.**
- Na ausência de DCP, proceder a um parto vaginal com uma ampla episiotomia se não tiver ocorrido a rotação para occipito anterior.

17.4 Apresentação de Fronte

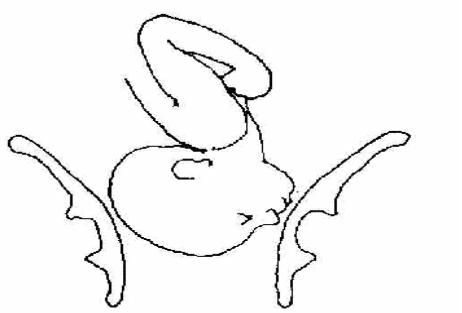
17.4.1 Definição

É a apresentação em que a parte apresentada é a fronte. Nesta apresentação a cabeça não está flectida e toca-se a face e as arcadas orbitárias do feto.

17.4.2 Evolução

A mudança de posição pode ser espontânea para apresentação occipito posterior ou face, particularmente se a cabeça fetal é pequena ou no caso de morte fetal.

Figura 35 - Apresentação de fronte

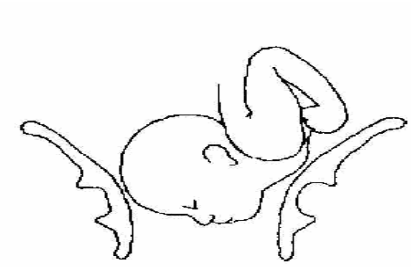


17.4.3 Conduta

Transferir para uma unidade sanitária com capacidade cirúrgica.

17.5 Apresentação de Face

Figura 36 - Apresentação de Face



17.5.1 Definição

Nesta apresentação a face está mais anterior no canal de parto. Pode tocar-se a boca e o nariz do feto. A cabeça está mais deflectida do que na apresentação de fronte.

17.5.2 Conduta

Importa nesta situação saber onde se encontra o mento (queixo) fetal.

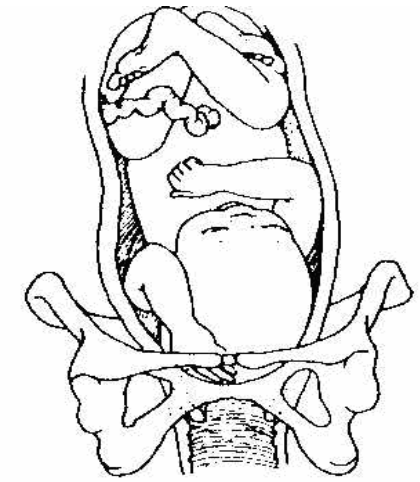
- Se o mento estiver posterior (junto ao sacro) o parto não se realizará porque a cabeça não se pode flectir e a conduta é a cesariana → **Transferir para uma unidade sanitária com capacidade cirúrgica.**
- Se o mento estiver anterior a apresentação pode descer no canal do parto, a cabeça flecte-se e dá-se o parto.

17.6 Apresentação Composta

17.6.1 Definição

Nesta apresentação ao toque vaginal observa-se a cabeça e prolapso de um membro superior (braço ou mão).

Figura 37 Apresentação composta

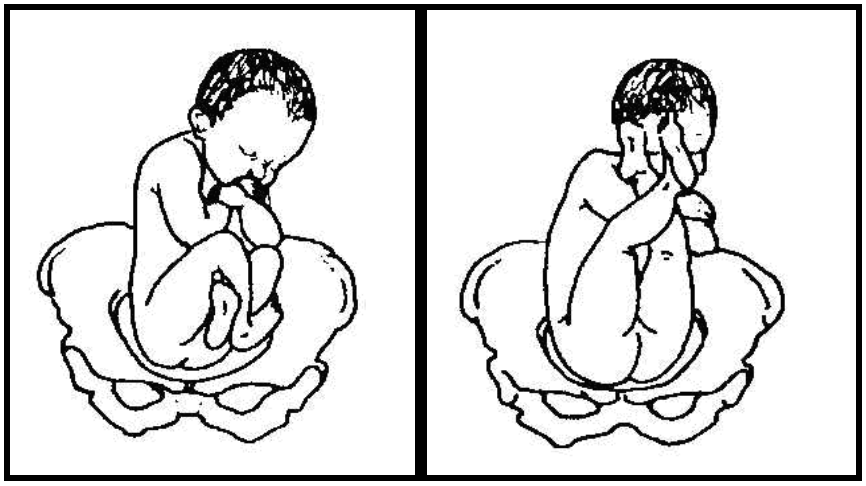


17.6.2 Conduta

- Parto espontâneo pode dar-se em fetos pequenos.
- Tentar a redução do membro, empurre a cabeça para cima e aguarda uma contracção para que ela encaixe na cavidade pélvica.
- **Se esta tentativa não for possível transferir a mulher para um centro onde é possível fazer cesariana**

17.7 Apresentação Pélvica

Figura 38 - Apresentação pélvica



17.7.1 Quadro Clínico

- À palpação abdominal a cabeça encontra-se na parte superior do abdómen e as nádegas na pélvis.
- O foco fetal ouve-se num dos quadrantes superiores do abdómen.
- Ao toque vaginal identifica-se a pélvis fetal e ou os pés no canal de parto.

- Durante o trabalho de parto pélvico é frequente o líquido amniótico apresentar mecónio espesso que é expulso pelo feto devido a força das contracções uterinas sobre o abdómen do feto.

17.7.2 Conduta

Na evolução do trabalho de parto pélvico podemos considerar dois tipos de partos: Cesariana e parto vaginal.

17.7.3 Indicações para Cesariana na Apresentação Pélvica

É obrigatória cesariana em toda a mulher com apresentação pélvica acompanhada de qualquer outra complicação nomeadamente:

- Apresentação incompleta, modo pés; devido ao grande risco de prolapso do cordão
- Feto grande, miomas, cesariana anterior
- História obstétrica carregada (antecedentes de nados mortos e mortes neonatais)
- Trabalho de parto arrastado

Todos os partos com apresentação pélvica deveriam ser assistidos em Hospitais com capacidade cirúrgica.

17.7.4 Parto Pélvico Vaginal

Há rotinas que devem ser aplicadas em todos os partos pélvicos:

- O parto deve ocorrer numa mesa de parto com suporte para as pernas, ou deitando a parturiente transversalmente numa cama vulgar, com as nádegas no rebordo da cama e as pernas apoiadas em 2 cadeiras isto é importante para que o tronco fetal fique pendurado, ajude a descida da cabeça utilizando a força da gravidade.

- Deve ser feita uma episiotomia ampla no momento em que as nádegas aparecem na vulva

- Deverá um assistente aplicar uma força moderada no fundo do útero, de modo a ajudar as forças expulsivas maternas e manter a cabeça flectida.

- Não se deve tocar no feto até o aparecimento de uma omoplata na vulva. No entanto, quando aparece o umbigo, deve ser feita uma ansa com o cordão umbilical, para evitar a tensão no cordão que irá impedir a circulação feto materna. Também possibilita o controlo do foco fetal pela palpação.

- Quando aparece a omoplata, o tronco deve ser flectido para baixo sem tracção de forma a libertar o ombro anterior. Se necessário pode libertar-se usando o dedo indicador

- Faz-se a rotação do tronco no sentido oposto para libertar o ombro posterior e levanta-se o tronco do feto para cima libertando também deste modo o ombro posterior

- De seguida deixa-se o corpo do feto pendurado permitindo a descida da cabeça em flexão até que o occipital (raiz dos cabelos na nuca) apareça por baixo da sínfise púbica.

Por fim seguram-se e elevam-se os membros superiores do feto suspendendo o tronco verticalmente. Quando aparece a face um assistente deverá limpar e aspirar as vias aéreas. Quanto menor for a intervenção da parteira melhor serão os resultados.

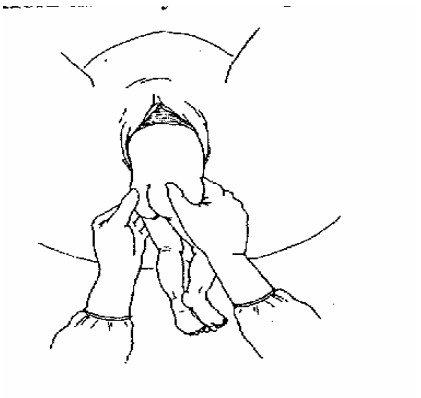
- Deve-se evitar a tracção do feto para baixo pois poderá provocar a extensão dos membros superiores e da cabeça dificultando a saída do feto. Esta manobra é uma causa importante da morte fetal e lesões maternas.

17.7.5 Extracção Parcial

- Esta manobra deve ser efectuada quando existe uma paragem ao longo do parto vaginal e o feto se encontra em sofrimento.

- Segurando a pélvis fetal colocando os dedos polegares sobre o sacro com os dedos indicadores sobre a crista ilíaca fetal, faz-se uma tracção moderada ao longo do eixo do canal de parto, sempre com uma pressão no fundo uterino. Depois de se visualizar uma omoplata, procede-se o que já foi descrito na assistência ao parto pélvico vaginal

Figura 39 - Extracção parcial

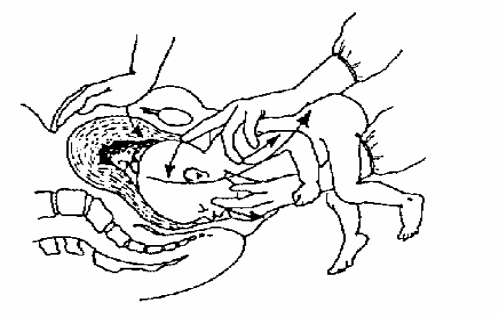


17.7.6 Dificuldade da Extracção da Cabeça

- É uma situação delicada em que há dificuldade na saída da cabeça. É uma causa frequente de morte fetal intra-uterina e peri-natal.
- Surge devido à extensão da cabeça, extensão de um ou ambos os braços, em presença de dilatação cervical incompleta, e por vezes na desproporção céfalo-pélvica.
- Introduz-se a palma da mão esquerda debaixo do tronco do feto, estendendo-se ligeiramente a cabeça fetal. O feto cavalga sobre o antebraço da parteira que

introduz os dedos indicador e médio na boca do feto e traciona-o para baixo enquanto a outra mão actua sobre o occipital do feto empurrando-o. Estes dois movimentos efectuados ao mesmo tempo flectem a cabeça com ajuda do assistente que aplica uma força moderada no fundo do útero. Depois da flexão da cabeça com ambas as mãos eleva-se o feto para cima solta-se a cabeça.

Figura 40 - Manobra de Mauriceau



-Esta manobra é a chamada manobra de Mauriceau e é utilizada quando o feto se apresenta com a face virada para o coxis materno.

- Se o feto se apresentar com o mento virado para a sínfise, aplica-se a manobra de **Praga**: puxar o feto pelos ombros, colocando os 2 dedos no pescoço fetal, enquanto a outra mão eleva os pés do feto, para cima do abdómen materno.

- Caso se apresente com um ou ambos os membros superiores em extensão segura-se o feto pela pélvis como já foi descrito na extração parcial, e faz-se a tracção do feto com rotação do tronco 90º com o dorso para cima, e um dos ombros em posição anterior. Depois segurando pelos pés eleva-se o tronco do feto e liberta-se o braço posterior. Para libertar o braço anterior faz-se o movimento para baixo.

17.7.7 Retenção da Cabeça Ultima

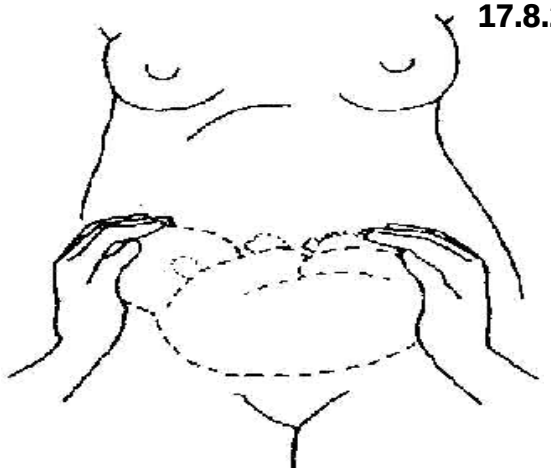
- No caso de existir retenção de cabeça fetal por dilatação incompleta, a doente deve ser evacuada.
- Quando há desproporção cefalo-pélvica, a cabeça ficará retida. Passou o tronco por ser mais mole.
- Nesta situação é inevitável a morte fetal, e a doente deverá ser enviada para um outro centro com capacidade cirúrgica.

17.8 Situação Transversa

17.8.1 Definição

Quando o eixo longitudinal do feto se encontra perpendicular ou obliquo em relação ao eixo longitudinal materno.

Figura 41 - Situação transversa



17.8.2 17.8.2. Causas

Grande multiparidade devido ao relaxamento do útero e parede abdominal

- Prematuridade
- Gravidez gemelar
- Polihidrâmnios
- Placenta prévia
- Tumores pélvicos
- Pélvis estreita

17.8.3 17.8.3. Quadro clínico

- Altura do fundo do útero é inferior a idade gestacional correspondente.
- O foco fetal ouve-se normalmente a nível do umbigo.
- Ao toque vaginal a apresentação está alta e normalmente toca-se a axila, o ombro ou as costelas do feto. Por vezes há prolapso do braço.
- Há rotura prematura das membranas com frequência.
- O prolapso do cordão é frequente.

A mulher deve ser transferida para um hospital com capacidade cirúrgica, uma vez que o parto só se pode realizar por cesariana.

17.8.4 Conduta

Se está numa unidade sanitária sem capacidade cirúrgica, transfira imediatamente.
Nota: Durante a transferência a doente deverá levar um soro contendo um tocolítico (Salbutamol, 2 g (4 ampolas) em 1000 ml de soro).

18 SOFRIMENTO FETAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO

18.1 Diagnóstico

- Batimentos cardíacos fetais anormais (menos do que 120 ou mais do que 160 batimentos por minuto).
- Líquido amniótico com mecónio espesso.

18.2 Conduta Geral

- Ponha a mulher sentada ou coloque-a em decúbito lateral esquerdo.
- Suspenda a perfusão de oxitocina, se esta estiver a ser administrada.

18.3 Batimentos Cardíacos Anormais

Tabela 27 - Alterações dos batimentos cardíacos fetais

- Um **batimento cardíaco fetal normal** pode diminuir durante uma contracção mas normalmente volta ao normal assim que o útero relaxa.
- Um **batimento cardíaco fetal muito lento** na ausência de contracções ou que persiste depois das contracções sugere sofrimento fetal.
- Um **batimento cardíaco fetal rápido** pode ser consequência de febre materna, drogas que causam batimentos cardíacos maternos rápidos (p. ex. drogas tocolíticas), hipertensão ou amniotite. Na ausência de um batimento cardíaco materno rápido, um batimento cardíaco fetal rápido deve ser sinal de sofrimento fetal.

- Se **for identificada uma causa materna** (p. ex. febre materna, drogas), inicie a conduta apropriada.
- Se **não for identificada uma causa materna** e os batimentos cardíacos fetais **continuarem anormais** durante pelo menos três contracções, faça um exame vaginal para determinar a existência de sinais que justifiquem o sofrimento fetal:
  - Se existe **perda de sangue com dores intermitentes ou constantes**, suspeite de descolamento da placenta **(*pág.105*) ;**
  - Se existirem **sinais de infecção** (febre, corrimento vaginal com mau cheiro) administre antibióticos como se se tratasse de uma amnionite **(*pág.130*)**;
  - Se o **cordão umbilical estiver abaixo da parte apresentada** ou **na vagina**, proceda de acordo com as normas para conduta do prolapso do cordão **(*pág.143*)**.

- Se as **anomalias nos batimentos cardíacos fetais persistirem** ou **se existirem sinais adicionais de sofrimento** (líquido amniótico com mecónio espesso) planeie o parto:
  - Se o **colo estiver completamente dilatado**, e a **cabeça do feto não estiver a mais do que 1/5 acima** da sínfise púbica ou a orla óssea da parte anterior da **cabeça estiver na posição 0**, faça o parto por ventosa.)
  - Se o **colo não estiver completamente dilatado** ou a **cabeça do feto estiver a mais do que 1/5 acima** da sínfise púbica ou a orla óssea da parte anterior da **cabeça estiver acima da posição 0**, faça o parto por cesariana.

18.4 Presença de Mecónio

- A presença de mecónio no líquido amniótico ocorre frequentemente conforme o feto se desenvolve e por si só não é um indicador de sofrimento fetal. Um líquido tinto de mecónio sem anomalias nos batimentos cardíacos fetais é um aviso da necessidade de vigilância.
- O **mecónio espesso** sugere a presença de mecónio num líquido amniótico reduzido e pode indicar a necessidade de um parto antecipado, e a aspiração apropriada do mecónio das vias aéreas do feto à nascença para evitar a aspiração de mecónio.
- Na **apresentação pélvica** o mecónio é expelido durante o trabalho de parto devido à compressão do abdómen fetal durante o parto. Isto não é um sinal de sofrimento a não ser que ocorra no início do trabalho de parto.

19 MORTE FETAL

A morte fetal intra-uterina pode ser resultado de uma atraso no crescimento fetal, infecção fetal, acidentes do cordão ou anomalias congénitas. Onde a sífilis é prevalente, uma grande proporção de mortes fetais é devida a esta doença.

- Se **existe a possibilidade de realizar um raio X**, confirme a morte fetal depois de 5 dias. Os sinais incluem a sobreposição dos ossos cranianos, coluna espinhal hiperflectida, bolhas de gás no coração e grandes vasos e edema do couro cabeludo.
- Se **existe a possibilidade de realizar uma ecografia**, confirme a morte fetal. Os sinais incluem ausência da actividade cardíaca fetal, configuração anormal da cabeça fetal, redução ou ausência do líquido amniótico e feto dobrado ao meio (enrolado).
- Explique o problema à mulher e à sua família. Discuta com eles as opções de conduta expectante ou activa.

- Se **decidir por uma conduta expectante**:
  - Espere pelo início espontâneo do trabalho de parto durante as 4 semanas seguintes;
  - Tranquilize a mulher, informando que em 90% dos casos o feto é expulso espontâneamente durante o período de espera sem nenhuma complicação.

- Se o **número de plaquetas estiver a diminuir,** ou **se já se tiverem passado 4 semanas sem um trabalho de parto espontâneo**, considere uma conduta activa. Por vezes é difícil determinar há quanto tempo ocorreu a morte fetal. Quando isso acontece tome uma conduta activa.

- Se **decidir por uma conduta activa**, avalie o colo:
  - Se o **colo estiver favorável** (mole, fino, parcialmente dilatado) induza o trabalho de parto usando oxitocina ou misoprostol;
  - Se o **colo não estiver favorável** (firme, espesso, fechado) amadureça o colo usando misoprostol;

    Nota: Não rompa as membranas, devido ao risco de infecção.
  - Faça o parto por cesariana, somente como último recurso.
  - Coloque 50 mcg de misoprostol no fundo de saco posterior da vagina. Repita após 6 horas, se necessário;
  - Se **não houver reacção após 2 doses de 50 mcg** aumente para 100 mcg de 6 em 6 horas;

  Nota: Não use mais do que 100 mcg de uma vez e não exceda 4 doses.

Não use oxitocina senão depois de 8 horas, após ter usado misoprostol. Monitore as contracções uterinas

- Se estiverem presentes **sinais de infecção** (febre, corrimento vaginal fétido), administre antibióticos como para tratar uma metrite **(*pag.182*).**

- Se um **teste de coagulação mostrar ausência de formação de um coágulo após 7 minutos ou a formação de um coágulo mole que se desfaça facilmente**, suspeite de coagulopatia.

20 PATOLOGIAS ASSOCIADAS A GRAVIDEZ/PARTO

20.1 Insuficiência Cardíaca

20.1.1 Insuficiência Cardíaca devida a Anemia

- Em casos de insuficiência cardíaca devida a anemia a transfusão é quase sempre necessária **(*pag, 92*):**
  - Use concentrado de glóbulos, ou glóbulos sedimentados como descrito para a anemia grave;
  - Administre 40 mg de furosemida por via IV, com cada unidade de concentrado de glóbulos.

20.1.2 Insuficiência Cardíaca devida a Doença Cardíaca

- Trate a insuficiência cardíaca aguda. As drogas usadas podem incluir:
  - OU 40 mg de furosemida por via IV, repetida quando necessário;
  - OU 0,5 mg de digoxina por via IM em dose única;
  - OU 0,3 mg de nitroglicerina sub-lingual, repetidas dentro de 15 minutos, se necessário.
- Encaminhe para um nível mais elevado de referência, se necessário.

20.1.3 Conduta na Insuficiência Cardíaca durante o Trabalho de Parto

- Coloque a mulher em decúbito lateral esquerdo.
- Limite a infusão de líquidos por via IV para diminuir o risco de sobrecarga circulatória e mantenha um registo rigoroso do equilíbrio de líquidos.
- Assegure uma analgesia adequada.
- Se for **necessária uma infusão de oxitocina**, use uma concentração mais elevada a uma velocidade mais lenta ao mesmo tempo que mantém um fluxograma de equilíbrio de líquidos (p. ex. a concentração pode ser duplicada se as gotas por minuto forem diminuídas para metade.

Não administre sintometrina

- Se possível, faça com que a mulher evite fazer força sustentada durante a expulsão.
- Se necessário, para **diminuir o esforço da mulher durante o parto,** faça uma episiotomia e ajude o parto por meio de ventosa.
- Assegure a conduta activa do terceiro estádio.

A insuficiência cardíaca não é uma indicação para cesariana.

20.2 Asma Brônquica

A asma brônquica complica 3-4% das gravidezes. A gravidez está associada com o agravamento dos sintomas num terço das mulheres afectadas.

- Se **ocorrer broncoespasmo**, administre broncodilatadores (p. ex. 250 mcg de aerossol de 15 em 15 minutos, e/ou 4 mg de salbutamol oral de 4 em 4 horas).
- Se **não houver resposta aos broncodilatadores**, administre corticosteróides, tais como 2 mg/kg de peso de hidrocortisona por via IV de 4 em 4 horas, de acordo com as necessidades.
- Se **existirem sinais de infecção** (bronquite), administre 1 g de ampicilina por via IV de 6 em 6 horas
- Evite o uso de prostaglandinas. Para prevenção e tratamento de uma hemorragia pós-parto, administre 10 unidades de oxitocina por via IM ou administre 0,2 mg de sintometrina por via IM.
- Após o ataque agudo ter sido debelado, continue o tratamento com broncodilatadores e corticosteróides por inalação para evitar a recorrência de episódios agudos.

20.3 Edema Agudo do Pulmão

O edema pulmonar agudo (EPA) é uma situação de emergência que pode ocorrer como complicação de uma situação obstétrica.
Situações que podem cursar com EPA:

- Pré-eclâmpsia/ eclâmpsia
- Terapêutica de parto pré-termo com fármacos β-adrenérgicos sobretudo quando conjugada com corticoterapia e excessiva hidratação da grávida.
- Cardiopatias

20.3.1 Fisiopatologia

Depende da causa desencadeante :

- Na PE/E resulta das lesões do endotélio e alterações da permeabilidade vascular e da pressão coloido-osmótica associado a vaso-espasmo generalizado.
- Na terapêutica com β-adrenérgicos relaciona-se com hiper-hidratação e alterações da permeabilidade capilar.
- Nas grávidas com cardiopatia é consequência da incapacidade de adaptação do sistema cardiovascular às modificações hemodinâmicas da gravidez. É mais frequente no pós-parto (quando se dá a mobilização do sangue retido na metade inferior do corpo e cessa a circulação útero-placentária).

20.3.2 Quadro Clínico

Caracteriza-se por dificuldade respiratória que se agrava gradualmente, presença de fervores húmidos inicialmente nas bases pulmonares, Rx com marcada consolidação do espaço aéreo, e hipóxia arterial marcada.

20.3.3 Tratamento

Colocação da doente na posição sentada, suspender a medicação no caso de hidratação, administrar furosemida e oxigénio.
Aplicar digitálicos se ocorrer insuficiência cardíaca e reduzir a resistência periférica com nitroglicerina associada à administração de hidralazina se se tratar de PE/E

21 PATOLOGIA DO PÓS-PARTO IMEDIATO

21.1 Hemorragia Pós-Parto

A hemorragia no pós parto imediato é a causa mais frequente de morte nos países em desenvolvimento sendo por isso muito importante que as parteiras sejam capazes de prevenir e tratar esta situação quando ela ocorre.

21.1.1 Definição

A hemorragia no pós parto imediato é definida como a perda de 500ml ou mais de sangue nas primeiras 24 horas após a dequitadura.
A hemorragia pode ocorrer a um ritmo lento durante várias horas e a condição pode não ser reconhecida até a mulher repentinamente entrar em choque.
A hemorragia pós parto é tardia quando ocorre após as 24 horas.

Se a parturiente estiver com anemia uma perda sanguínea inferior a 500ml pode deteriorar a condição da doente.

A avaliação do risco no período pré natal não prevê efectivamente as mulheres que terão HPP. **O manejo activo do terceiro estadio deve ser praticado em todas as mulheres em trabalho de parto porque reduz a incidência da HPP.** Todas as mulheres pós-parto têm que ser rigorosamente monitorizadas para identificar as que possam desenvolver HPP.

A hemorragia lenta contínua ou a hemorragia repentina constitui uma emergência - Intervenha o mais rápida e agressivamente possível.

21.1.2 Causas da Hemorragia Pós-Parto

- Atonia uterina
- Placenta retida
- Restos placentários
- Rotura uterina
- Traumatismos do canal de parto
- Útero invertido

21.1.3 Diagnóstico

Tabela 28 - Diagnóstico de Hemorragia Pós parto(HPP)

Manifestações iniciais e outros sintomas e sinais tipicamente presentes	Sintomas e sinais por vezes presentes	Diagnóstico provável
• HPP imediata • Útero mole e não contraído	• Choque	Útero atónico
• HPP[a] imediata	• Placenta completa • Útero contraído	Lacerações no colo, vagina ou períneo
• Placenta não expulsa dentro de 30 minutos após o parto	• HPP[a] imediata • Útero contraído	Placenta retida
• Parte da superfície da placenta está a faltar ou ruptura de membranas com vasos	• HPP[a] imediata • Útero contraído	Fragmentos de placenta retidos
• Não se sente o fundo uterino a palpação abdominal. • Dor ligeira ou intensa	• Útero invertido a aparecer pela vulva • HPP[b] imediata	Útero invertido
• HPP[a] imediata (Hemorragia intra-abdominal e/ou vaginal) • Dor abdominal severa (pode diminuir depois da ruptura)	• Choque • Abdómen sensível • Pulsação materna rápida	Ruptura uterina
• Hemorragia ocorre mais do que 24 horas após o parto • Útero mais mole e maior do que esperado para o tempo que passou desde o parto	• Hemorragia é variável (leve ou abundante, contínua ou irregular) e com cheiro • Anemia	HPP tardia

[a] A hemorragia pode ser leve se um coágulo bloquear o colo ou se a mulher estiver deitada de costas.
[b] Pode não haver hemorragia com a inversão completa.

21.1.4 Conduta Geral na Hemorragia Pós-Parto

- PEÇA AJUDA. Mobilize urgentemente todo o pessoal disponível.
- Faça uma avaliação rápida das condições gerais da mulher incluindo os sinais vitais (pulso, tensão arterial, respiração, temperatura e diurese).
- Se suspeitar de choque, inicie imediatamente o tratamento **(*página 87*).** Mesmo que os sinais de choque não estejam presentes, mantenha a possibilidade de choque em mente ao mesmo tempo que avalia a mulher em mais detalhe porque a sua condição pode piorar rapidamente. Se o choque se desenvolver, é importante que inicie o tratamento imediatamente.
- Faça uma massagem ao útero para expulsar o sangue e os coágulos de sangue. Os coágulos de sangue retidos no útero inibem as contracções uterinas eficazes.
- Administre 10 unidades de oxitocina por via intramuscular.
- Inicie uma infusão de fluidos por via intravenosa.
- Algalie a bexiga.
- Verifique bem se a placenta foi expulsa e examine cuidadosamente a placenta para se certificar de que está completa.
- Examine o colo, vagina e períneo para verificar se há lacerações.
- Depois da hemorragia controlada (24 horas depois da hemorragia parar), peça uma hemoglobina ou hematócrito para verificar se há anemia:
- **Se a hemoglobina estiver abaixo de 7 g / dL ou o hematócrito estiver abaixo de 20%** (anemia grave):
  - Administre 120 mg de sulfato ou fumarato ferroso por via oral MAIS 400 mcg de ácido fólico por via oral uma vez por dia por 3 meses;

- Depois de 3 meses, continue a suplementar com 60 mg de sulfato ou fumarato ferroso por via oral MAIS 400 mcg de ácido fólico por via oral uma vez por dia por 6 meses.

- **Se a hemoglobina estiver entre 7-11 g/dL**, administre 60 mg de sulfato ou fumarato ferroso por via oral MAIS 400 mcg de ácido fólico por via oral uma vez por dia por 6 meses

21.2 Atonia Uterina

21.2.1 Definição

É a incapacidade do útero contrair-se adequadamente após a expulsão do feto. É a causa mais frequente de hemorragia pós parto.

21.2.2 Causas

1. **Interferência com a capacidade do útero se contrair**: Placenta retida, Restos placentares ou de membranas, bexiga cheia, Descolamento prematuro da placenta
2. **Útero distendido :** Gravidez gemelar, Polihidrâmnios, Feto grande (Macrosomia), Miomas uterinos
3. **Útero cansado :** Multiparidade, Trabalho de Parto arrastado

21.2.3 Quadro clínico

- O útero está distendido, é mole e não contraído.
- As perdas hemáticas vaginais podem ser moderadas ou abundantes
- Sinais de Pré Choque e Choque dependendo do volume de sangue perdido.

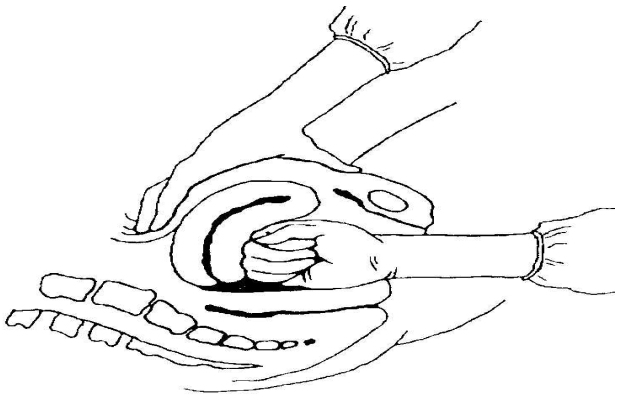
21.2.4 Conduta

- Continue a massagear o útero.
- Use drogas oxitócicas que possam ser administradas em conjunto ou sequencialmente
- Preveja a necessidade de sangue disponível atempadamente e faça a transfusão se necessário
- **Se a hemorragia continuar:**
  - Verifique mais uma vez se a placenta está completa;
  - Se existirem sinais de fragmentos de placenta retidos (falta de uma parte da superfície materna ou membranas laceradas), faça uma revisão manual do útero para retirar os fragmentos da placenta
  - Avalie a condição da coagulação usando um teste de coagulação à beira da cama. A não formação de um coágulo após 7 minutos ou de um coágulo mole que se desfaça facilmente sugere coagulopatia

- **Se, apesar dos procedimentos acima, a hemorragia continuar, faça uma compressão bimanual do útero:**

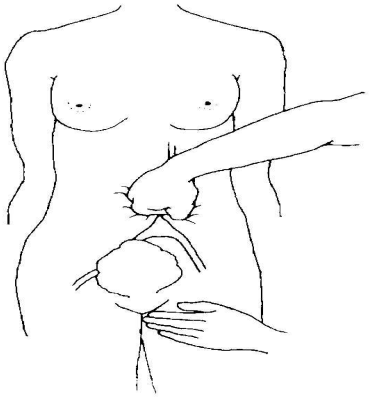
- Usando luvas esterilizadas, insira uma mão na vagina e forme um punho;
- Coloque o punho no fórnix anterior e faça pressão contra a parede anterior do útero;
- Com a outra mão, faça uma pressão profunda no abdómen por detrás do útero, aplicando esta pressão contra a parede posterior do útero;
- Mantenha a compressão até que a hemorragia esteja controlada e o útero se contraia.

Figura 42 - Compressão bimanual do útero



- Alternativamente, comprima a aorta:
  - Faça pressão para baixo, com o punho fechado, por cima da aorta abdominal, directamente através da parede abdominal:
  - O ponto de compressão é mesmo por cima do umbigo e ligeiramente para a esquerda;
  - As pulsações da aorta podem ser facilmente sentidas através da parede abdominal anterior no período pós-parto imediato.
  - Com a outra mão palpe o pulso femoral para verificar se a compressão é adequada:
    - Se o pulso for palpável durante a compressão, a pressão exercida pelo punho não é adequada;
    - Se o pulso femoral não for palpável, a pressão exercida é adequada;
  - Mantenha a compressão até que a hemorragia esteja controlada.

Figura 43 - Compressão da aorta abdominal e palpação do pulso femoral



O tamponamento do útero é ineficaz e desperdiça tempo precioso.

- Se, apesar da compressão, a hemorragia continuar, transferir a doente para uma unidade com capacidade cirúrgica.

Os Familiares preparados para dar sangue devem acompanhar a doente

Tabela 29 - Uso de drogas oxitócicas no caso de hemorragias pos-parto

	Oxitocina	Metilergometrina
Dose	IV: Faça a infusão de 40 U em 1L de fluidos por via intravenosa a 60 gotas por minuto IM: 10 U	0,2 mg (lentamente): IM ou IV
Dose Contínua	IV: Faça a infusão de 20 U em 1L de fluidos por via intravenosa a 40 gotas por minuto	Repita 0,2 mg IM depois de 15 minutos Se necessário, administre 0,2 mg IM ou IV (lentamente) de 4 em 4 horas
Dose Máxima	Não mais do que 3 L de fluidos por via intravenosa contendo oxitocina	5 doses (total de 1,0 mg)
Precauções/ Contra-indicações	Não administre como um bolo IV doses superiores a 10 U	Pré-eclâmpsia, hipertensão, doença cardíaca

21.3 Placenta Retida

Os princípios de tratamento são os mesmos, é necessário esvaziar o útero e mantê-lo contraído.

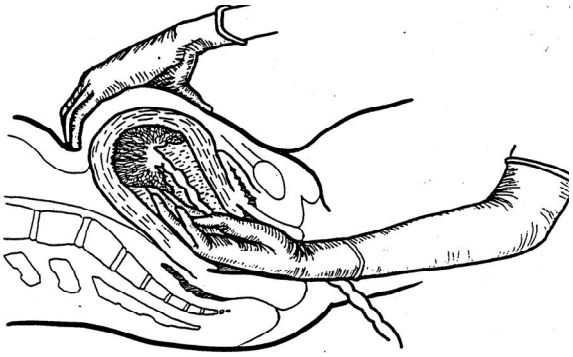
- Avalie a condição da mulher (Pulso, TA, Cor, Consciência, tónus do útero) e estime a quantidade de sangue que foi perdido. Se a mulher estiver em choque, certifique-se que tem as vias respiratórias abertas, vire a cabeça para o lado, dê oxigénio se houver, 4 a 6 litros por minuto, pôr máscara ou sonda nasal.

- Tire o sangue para teste de compatibilidade e grupo sanguíneo e coloque um sistema endovenoso com soro ringer ou dextrose 5% - 1000ml com 40U de oxitocina que deve correr 40 gotas por minuto.
- Esvazie a bexiga e mantenha-a vazia; tente a tracção controlada do cordão. Se for bem sucedida, examine a placenta para assegurar de que está completa, mantenha o útero contraído massajando o fundo
- Se a tracção controlada do cordão não for bem sucedida, deve-se fazer um exame vaginal com cuidado. Se a placenta estiver saindo através do colo, deve ser segurada com os dedos e firmemente retirada do útero, enquanto a outra mão apoia o útero através da parede abdominal
- Se a placenta não pode ser expulsa, deve-se fazer a remoção manual depois de se dar expansores plasmáticos ou sangue se necessário (veja a seguir):

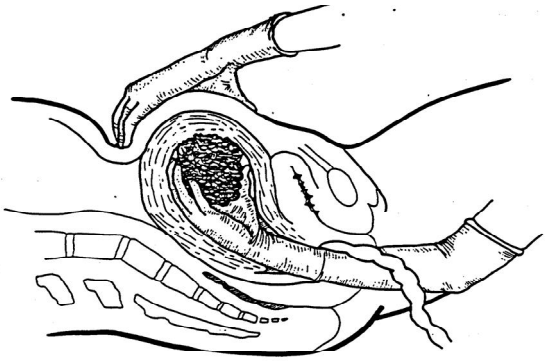
TÉCNICA DE REMOÇÃO DA PLACENTA:

- Desinfectar à volta da vagina e área perineal com uma solução anti-séptica
- Escovar bem as mãos e os braços
- Calçar primeiro as luvas curtas estéreis. Em seguida a mão que será introduzida na vagina deve calçar a luva comprida e estéril por cima da curta. Isto irá prevenir a introdução das bactérias a partir do braço.
- Introduzir uma mão com a forma de cone, afunilando as pontas dos dedos na vagina, enquanto a outra segura o cordão umbilical. Com uma rotação suave, vá pelo orifício cervical até a cavidade uterina. Siga o cordão até encontrar a placenta (uma vez a mão introduzida no útero não pode sair para fora até ter separado a placenta e trazê-la consigo. Não deve introduzir e retirar a mão, pois aumenta o risco de infecção).
- Alcançar a placenta e procurar os bordos. Introduza os dedos da mão entre o bordo da placenta e a parede uterina. Com a palma da mão de frente para a placenta, use movimentos laterais para, com gentileza, separar a placenta.
- Quando toda a placenta estiver separada e na palma da mão, estimular uma contracção com a mão externa.
- Suavemente tirar a placenta com a mão exploratória, durante a contracção. Não puxar um pedaço de placenta porque ela pode separar-se do resto da placenta. As membranas seguirão a placenta expulsa. Puxe-as lentamente e cuidadosamente pois elas podem separar-se e ficar no útero, dando origem a hemorragia ou infecção.
- Examinar a placenta removida e verificar se está completa.

Figura 44 - Remoção manual da placenta



Remoção manual da placenta



Mão dentro da cavidade uterina abraçando a placenta

Depois de extraída a placenta:

- Explorar a cavidade uterina com a sua mão, para ver se há qualquer resto de placenta ou membranas.
- Friccionar o útero para ter a certeza que está contraído.
- Feita a remoção manual dar 10UI de oxitocina e 0,5 mg de metilergometrina (excepto nas hipertensas) IM ou EV e massageie o útero para ajudar a contrair-se.
- Se ainda existirem pedaços de placenta retidos e a mulher precisar de curetagem, faça-a de uma forma muito cuidadosa devido ao risco de perfuração uterina.

- Iniciar antibióticos de largo espectro e mantê-los por 5 dias (Ampicilina 1g IV de 6 em 6 horas e depois amoxicilina 1g e metronidazol 500mg oral de 8/8 horas oral) e sintometrina 0,5 mg de 8/8 horas durante 3 dias

Manter registos precisos. Se estiver num centro sem condições e necessita de transferir a doente com a placenta retida, deverá ter em conta todos os pontos referidos anteriormente mais a cobertura antibiótica com ampicilina1g IV ou IM.

21.4 Fragmentos de Placenta Retidos

Pode não haver hemorragia com fragmentos de placenta retidos.

Quando uma parte da placenta – um ou mais lóbulos – fica retida, impede que o útero se contraia eficazmente.

Palpe dentro do útero à procura de fragmentos da placenta. A exploração manual do útero é semelhante à técnica descrita para a remoção da placenta retida.

Remova os fragmentos da placenta manualmente, com uma pinça de restos ou com uma cureta grande.

Nota: Os tecidos muito aderentes podem indicar uma placenta acreta. Os esforços para extrair uma placenta que não se separa facilmente podem resultar em hemorragia abundante ou perfuração uterina que normalmente requer que seja feita uma histerectomia.

21.5 Traumatismo do Canal de Parto

21.5.1 Lacerações do períneo

As lacerações do períneo podem ser classificadas da seguinte maneira:

Laceração do 1º grau:
Quando a laceração envolve a fúrcula, a pele do períneo e mucosa vaginal. Os músculos do períneo estão intactos.

Laceração do 2º grau:
Envolve além das estruturas descritas no primeiro grau os músculos perineais.

Laceração do 3º grau:
Quando a laceração estende-se ao esfíncter anal, para além das estruturas referidas no 2º grau.

Laceração do 4º grau:
Quando a laceração atinge a mucosa rectal é algumas vezes designada lacerações do 4º grau.

21.5.2 Lacerações da Parede Vaginal e Vulva

As lacerações da parede vaginal podem estender-se até ao fórnix posterior ou laterais. Quando a laceração ocorre nos 2/3 superiores da vagina chama-se laceração vaginal alta e geralmente esta associada à lacerações cervicais ou perineais.

21.5.3 Lacerações do Colo do Útero

As lacerações cervicais, geralmente ocorrem lateralmente num lado ou ambos os lados.
A laceração cervical alta pode envolver ramos da artéria uterina, causando uma hemorragia extensa.

21.5.4 Quadro clínico

Há hemorragia do trato genital, com o útero bem contraído e firme.

Nesta situação é necessário observar imediatamente o canal de parto para localizar o traumatismo.

21.5.5 Conduta na Hemorragia Pós-Traumática

Nível 1- Centro de saúde:

1. Colha sangue para teste de compatibilidade, hemoglobina, grupo sanguíneo e coloque um sistema endovenoso com Ringer ou dextrose a 5%, 1000 ml e 20 unidades de oxitocina, para manter o útero contraído. Se a doente estiver em choque deverá ser colocado outro sistema endovenoso com expansores plasmáticos (Hemacel, Plasmagel ou dextrano 70).
2. Coloque a mulher em posição ginecológica e utilize uma boa luz.
3. Observe cuidadosamente todo o canal do parto e suture as lacerações com catgut cromado 2/0.
4. Calcule a perda de sangue.
5. Avalie os dados vitais da doente (pulso, tensão arterial, cor, consciência).
6. Comece com antibióticos de largo espectro tais como: Ampicilina 1g IV de 6/6 horas durante as primeiras 24 horas, seguida de amoxicilina oral 1g de 8/8 horas e Metronidazol 500mg oral de 8/8 horas durante 5 dias ou mais nos casos severos.
7. Mantenha os registos adequados.

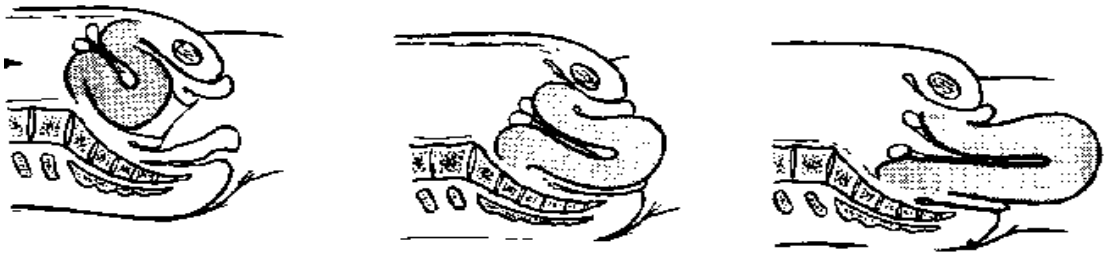
⇨ ***Se a doente não melhora → transferir para US com capacidade cirúrgica.***

21.6 Inversão uterina

21.6.1 Definição

É uma situação rara em que o útero se inverte durante a dequitadura assim o fundo do útero aparece na vagina ou até na vulva quando a inversão é completa.

Figura 45 - Inversão uterina



1° grau (incompleta) **2°grau (completa)** **3°grau (prolapso de útero invertido)**

21.6.2 Causas

- A aplicação de força excessiva durante a dequitadura, quer por pressão no fundo do útero ou por tracção do cordão umbilical pode levar à inversão uterina. É mais frequente em situações do cordão umbilical curto e placenta acreta.
- Má conduta no terceiro estadio do trabalho de parto

21.6.3 Quadro clínico

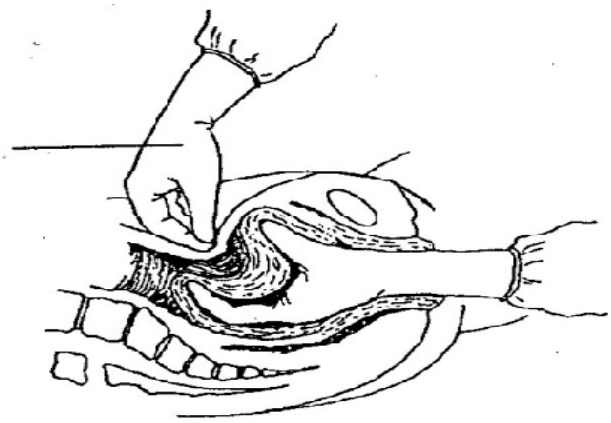
- Dor ligeira ou intensa
- Hemorragia discreta ou abundante
- À palpação abdominal não se encontra o fundo do útero.
- Toque vaginal revela um útero invertido na vagina ou na vulva

21.6.4 Conduta

Se a inversão for reconhecida imediatamente nos primeiros 5-10 minutos faça a reposição da seguinte maneira:

- Coloque uma mão no abdómen para exercer contra-pressão, coloque a outra mão na vagina até encontrar o fundo do útero prolapsado. Aplique uma pressão constante e suave sobre o fundo que vai para cima através do canal de retracção até a posição normal do útero
- Em seguida fazer metilergometrina 0,5mg IM e inicie um tratamento antibiótico.
- Se a doente tiver hemorragia abundante tenha a mesma conduta da hemorragia pós-parto.
- **Nos casos em que a inversão é antiga (mais de 30 minutos), não tente a reposição. Faça ampicilina 1g EV e transfira a doente para um hospital com capacidade cirúrgica o mais rápido possível.**

Figura 46 - Reposição do útero



21.6.5 Complicações

a. Hemorragia pós parto e choque, principalmente se a inversão é incompleta e não é diagnosticada imediatamente.
b. Infecção uterina e Sépsis
c. Necrose uterina pode ocorrer se o útero não for recolocado rapidamente. O anel de retracção impede a circulação e assim há necrose que em situações raras pode chegar a amputação do útero e choque hemorrágico fatal.

21.7 HEMORRAGIA PÓS-PARTO TARDIA ("SECUNDÁRIA")

- **Se a anemia for grave** (a hemoglobina estiver abaixo de 7 g / dL ou o hematócrito estiver abaixo de 20%), faça os preparativos para uma transfusão **(*página 93*)** e administre ferro e ácido fólico por via oral**.**

- **Se existirem sinais de infecção** (febre, corrimento vaginal fétido), administre antibióticos como se se tratasse de uma metrite.

Uma HPP prolongada ou tardia pode ser sinal de endometrite!

- Administre oxitocina.

- **Se o colo estiver dilatado**, palpe manualmente para remover os coágulos grandes e fragmentos da placenta. A exploração manual do útero é semelhante à técnica descrita para a remoção manual da placenta retida.

- **Se o colo não estiver dilatado**, evacue o útero com uma cureta grande ou com aspiração a vácuo para remover os fragmentos da placenta.

- Raramente **a hemorragia** pode **continuar**, neste caso considere a laqueação das artérias uterinas e útero-ováricas ou histerectomia.

- Se possível, faça um exame histológico do material das curetagens ou da peça da histerectomia, para excluir um tumor trofoblástico.

22 FEBRE DURANTE A GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

22.1 Definição

É a condição em que a mulher apresenta temperatura de 38º C ou mais durante a gravidez, trabalho de parto ou Puerpério.

Na condição específica de presença de uma temperatura corporal de 38º C ou mais, depois das 24 horas após o parto é designada como FEBRE PUERPERAL.

22.2 Diagnóstico

Tabela 30 - Diagnóstico de febre durante a Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto

Manifestações iniciais e outros sintomas e sinais tipicamente presentes	Sintomas e sinais por vezes presentes	Diagnóstico provável
• Disúria • Freqüência aumentada e urgência de micção	• Dor retro-púbica/ supra-púbica • Dor abdominal	**Cistite**
• Disúria • Pico de febre/ arrepios de frio • Freqüência aumentada e urgência de micção Dor abdominal	• Dor retro-púbica/ supra-púbica • Dor/ sensibilidade na região lombar • Sensibilidade na caixa torácica • Anorexia • Náuseas/ vómitos	**Pielonefrite aguda**
• Corrimento vaginal com cheiro fétido antes das 28 semanas • Febre • Útero sensível	• Dor na região abdominal inferior • Dor à descompressão (Blumberg positivo) • Perda de sangue prolongada • Corrimento cervical purulento	**Aborto séptico**
• Febre/ arrepios de frio • Corrimento aguado fétido a partir das 28 semanas • Dor abdominal	• História de perda vaginal de líquido • Útero sensível • Batimentos cardíacos fetais rápidos • Ligeira perda de sangue vaginal	**Amnionite**

Manifestações iniciais e outros sintomas e sinais tipicamente presentes	Sintomas e sinais por vezes presentes	Diagnóstico provável
• Febre • Dificuldade em respirar • Tosse com expectoração • Dor toráxica	• Sinais de consolidação pulmonar • Garganta congestionada • Respiração rápida • Roncos/ fervores	**Penumonia**
• Febre • Arrepios de frio/ pele fria • Cefaléias • Dores musculares/articulares	• Baço aumentado • Plasmódio positivo	**Malária não complicada**
• Sintomas e sinais de malária não complicada • Coma • Anemia	• Convulsões • Icterícia • Plasmódio positivo	**Malária grave/ complicada**
• Febre • Cefaleias • Tosse seca • Mal-estar • Anorexia • Baço aumentado	• Confusão • Estupor	**Febre Tifóide[a]**
• Febre • Mal-estar • Anorexia • Náuseas • Urina escura e fezes pálidas • Icterícia • Fígado aumentado	• Dores musculares/articulares • Urticária/ reacções alérgicas • Baço aumentado	**Hepatite[b]**

[a] Administre 1 g de Amoxicilina, por via oral 3 vezes ao dia durante 14 dias. A terapia alternativa dependerá dos padrões de sensibilidade locais.
[b] Proporcione terapêutica de apoio e observe

22.3 CONDUTA GERAL :

Na Conduta Geral vamos abordar :

- Princípios Gerais na Administração de Antibióticos
- Administração de Antibióticos Profiláticos e
- Esquemas Terapêuticos Alternativos

22.3.1 Princípios Gerais na Administração de Antibióticos

- Encoraje o repouso na cama.
- Encoraje uma maior ingestão oral de fluidos.
- Use uma ventoinha ou uma esponja embebida em água morna para ajudar a diminuir a temperatura.

Uma infecção durante a gravidez e o período pós-parto pode ser devida a uma combinação de micro-organismos, incluindo os coco-bacilos e bacilos aeróbicos e anaeróbicos. Devem ser iniciados antibióticos com base na observação da mulher. Se não houver resposta clínica, uma cultura de fluxo uterino ou vaginal, pus ou urina pode ajudar na escolha de outros antibióticos. Em adição, pode ser feita uma cultura de sangue se se suspeitar de uma septicémia (invasão de micro-organismos na corrente sanguínea).

Uma metrite ou endometrite (infecção uterina) pode seguir-se a um aborto ou parto e é uma das principais causas de morte materna. São muitas vezes necessários antibióticos de largo espectro para tratar estas infecções.

22.3.2 Administração de Antibióticos Profilácticos

A realização de certos procedimentos obstétricos (p. ex. cesarianas, remoção manual da placenta) aumenta o risco de morbilidade infecciosa da mulher. Este risco pode ser reduzido:

- seguindo as práticas recomendadas de prevenção de infecções;
- administrando antibióticos profilácticos na altura do procedimento.

Os antibióticos profilácticos são administrados para ajudar na prevenção de infecções. **Se suspeitar que uma mulher tenha ou lhe tenha sido diagnosticado uma infecção**, os antibióticos terapêuticos são mais apropriados.

Administre antibióticos profilácticos 30 minutos antes de iniciar o procedimento se possível, para permitir níveis apropriados de antibiótico no sangue na altura do procedimento. Uma excepção a esta regra é a cesariana, para a qual os antibióticos profilácticos devem ser administrados quando o cordão é pinçado, **após** o nascimento do bebé. Na prevenção de infecções, é suficiente uma dose de antibiótico profiláctico e não é menos eficaz do que três doses ou 24 horas de antibióticos. Se o **procedimento durar mais do que 6 horas ou a perda de sangue for de 1500 mL ou mais**, administre uma segunda dose de antibióticos profilácticos para manter os níveis de antibióticos apropriados no sangue, durante o procedimento.

22.3.3 Administração de Antibióticos Terapêuticos

- Como uma primeira defesa contra infecções graves, administre uma combinação de antibióticos:

- 2 g de ampicilina por via IV de 6 em 6 horas;
- MAIS 80 mg de gentamicina por via IV, de 8 em 8 horas;
- MAIS 500 mg de metronidazol por via IV de 8 em 8 horas.

O tratamento deve ser de pelo menos 10 dias.
Tratamento endovenoso (IV) nos primeiros dias até a febre desaparecer (pelo menos 48 horas sem hipertermia).

22.3.4 Esquemas Terapeuticos Alternativos:

1. **Ampicilina** 2g (IV) de 6/6 horas + **Metronidazol** 500 mg (IV) ou intra-rectal de 8/8 horas + **Gentamicina** 80 mg IV de 8/8 horas **ou**
2. **Ampicilina** 2g (IV) de 6/6 horas + **Metronidazol** 500 mg (IV) ou intra-rectal de 8/8 horas + **Cloranfenicol** (IV) 500 mg de 6/6 horas **ou**
3. **Penicilina Cristalina** 5 milhões de UI, IV primeira dose, depois 2 milhões de UI de 6/6 horas + **Cloranfenicol** 500 mg, EV de 6/6 horas + **Metronidazol** 500mg, EV de 8/8horas

Nota: Se a **infecção não for grave**, podem ser administradas 1g de Amoxicilina por via oral de 8 em 8 horas em vez da Ampicilina. O Metronidazol pode ser administrado por via oral em vez da via IV.

- Se a **resposta clínica após 48 horas for fraca**, assegure que estão a ser administradas as doses apropriadas de antibióticos. Reavalie minuciosamente a mulher para determinar se existem outras causas de infecção, ou considere alterar o tratamento de acordo com a sensibilidade microbiana reportada (ou adicionar um outro antibiótico para cobrir anaeróbios, se este ainda não tiver sido administrado).
- Se **não houver facilidades disponíveis para cultura**, re-examine a condição da mulher para determinar a existência de pus, principalmente na pélvis, e para causas não infecciosas como trombose da veia profunda ou da veia pélvica. Considere a possibilidade de infecção devido a organismos resistentes à combinação dos antibióticos acima descritos:
  - Se **suspeita de uma infecção estafilocócica**, adicione:
  - 1 g de Cloxacilina por via IV de 4 em 4 horas;
  - Se **suspeita de uma infecção por clostridio (bacilos anaeróbios) ou por estreptococos hemolíticos do Grupo A**, adicione 2 milhões de unidades de Penicilina cristalina por via IV de 4 em 4 horas;
  - Se **não existe nenhuma das possibilidades anteriores**, adicione 2 g de Ceftriaxone por via IV uma vez ao dia.

Nota: Para evitar a flebite, o local da infusão deve ser mudado de 3 em 3 dias ou à primeira indicação de inflamação.

- **O** Se **a infecção não passar**, avalie novamente a condição da mulher para determinar a causa da infecção.
- **O** Transferir a mulher se não for possível avaliar a fonte de infecção.

Para tratar uma metrite, a combinação de antibióticos é normalmente continuada até que a mulher tenha deixado de ter febre durante 48 horas. Contudo, as mulheres que têm infecções na corrente sanguínea necessitarão de antibióticos durante, pelo menos, 7 dias.

22.4. Infecções do Tracto Urinário

Aqui vamos tratar de 2 infecções do trato urinário : A CISTITE e a PIELONEFRITE

Tenha sempre presente, que uma infecção do tracto urinário envolve todos os níveis do tracto, desde os cálices renais ao meato uretral.

Testes

- Podem ser usados testes Labstix, exame microscópico do sedimento urinário e cultura de urina para determinar se existe uma infecção do tracto urinário, mas estes podem não diferenciar a cistite da pielonefrite aguda.
- O exame microscópico do sedimento urinário pode mostrar glóbulos brancos aglutinados, bactérias e por vezes glóbulos vermelhos.
- Deve ser feita uma urocultura com testes de sensibilidade antibiótica, se disponíveis, para identificar o microorganismo e a sua sensibilidade antibiótica.

Nota: Um exame de urina requer uma amostra, colhida a meio da micção, para minimizar a possibilidade de contaminação.

22.4.1 Cistite

- A cistite é uma infecção da bexiga.
- Trate com antibióticos: 500 mg de Amoxicilina por via oral 3 vezes ao dia durante 3 a 7 dias
- Se o **tratamento falhar**, peça uma urocultura com teste de sensibilidade antibiótica, se disponível, e trate com o antibiótico apropriado para o microorganismo.
- Se a **infecção tornar a ocorrer 2 ou mais vezes**:

- Faça uma urocultura com teste da sensibilidade antibiótica, se disponível, e trate com o antibiótico apropriado para o microorganismo.
- Para profilaxia contra futuras infecções, administre antibióticos, 1 comp de 500 mg de Amoxicilina, por via oral 1 vez por dia ao deitar para o resto do período de gestação até 2 semanas após o parto.

Nota: A profilaxia é indicada após infecções recorrentes e não após um único episódio.

22.4.2 Pielonefrite Aguda

- A pielonefrite aguda é uma infecção aguda do tracto urinário superior, principalmente da pélvis renal que também pode envolver o parênquima renal.
- Se **existe ou se suspeitar de choque**, inicie, imediatamente, o tratamento.
- Faça uma urocultura com teste da sensibilidade antibiótica , se possível, e trate com o antibiótico apropriado para o microorganismo.
- Se **não for possível fazer uma cultura de urina**, trate com antibióticos até a mulher deixar de ter febre durante 48 horas:
  - 1 g de Ampicilina por via IV de 6 em 6 horas;
  - Mais 80 mg de Gentamicina por via IV de 8 em 8 horas
- Quando a **mulher deixar de ter febre por 48 horas**, administre 1 g de Amoxicilina 3 vezes por dia até completar 14 dias de tratamento.

Nota: Espera-se uma resposta clínica dentro de 48 horas. Se não houver **nenhuma resposta clínica em 72 horas**, reavalie os resultados e o esquema de antibióticos que está a ser administrado.

- Para profilaxia contra futuras infecções, administre antibióticos, por via oral, uma vez por dia, ao deitar, durante o resto do período de gestação até 2 semanas após o parto. **Administre1 comp de 500 mg de Amoxicilina**
- Assegure uma hidratação adequada por via oral ou IV.
- Sempre que necessário, administre 500 mg de Paracetamol por via oral, para as dores e para baixar a temperatura.
- Se existirem **contracções palpáveis e corrimento mucoso manchado de sangue** suspeite de trabalho de parto pré-termo.

22.5 Malária na Gravidez e Puerpério

A mulher na Gravidez e Puerpério é mais susceptível a desenvolver Malária, devido à redução da sua capacidade imunitária. A Malária aumenta o risco de ocorrência da Aborto, Morte Fetal Intrauterina, Parto Prétermo, Prematuridade e Baixo Peso à Nascença.

A Malária pode ser NÃO COMPLICADA e COMPLICADA.

22.5.1 Malária não Complicada na Gravidez e Puerpério

Definição:

Malária sintomática sem sinais de gravidade (clínica e laboratorial) de disfunção de órgão vital.

Quadro Clínico :

Os sinais e sintomas são inespecíficos e consistem em: cefaléias, cansaço, dores articulares, mialgias, dor abdominal, seguidos de febre igual ou superior a 37,5ºC, arrepios de frio, sudorese, anorexia, vómitos e/ou diarreia e agravamento do mal-estar. Com frequência se observa anemia (palidez das mucosas e palma das mãos). A FEBRE, CEFALEIAS e MIALGIAS são os sintomas mais frequentes da Malária não complicada

Diagnóstico :

Confirmado pelo Teste de DiagnósticoRápido (TDR) ou observação do Plasmódio na lâmina ao microscópio.

O Diagnóstico diferencial deve ser feito com: Eclâmpsia, Sépsis Puerperal e Piolenefrite, sendo o diagnóstico confirmado pelos resultados laboratoriais, para além da história clínica. Toda a mulher grávida ou puérpera com Malária deve ser observada com atenção na unidade sanitária.

Tratamento da Malária não Complicada durante a Gravidez e Puerpério :[10]

- **Primeiro Trimestre da Gravidez :**
  Sulfato de Quinino oral – 10 miligramas por Kg de peso de 8/8 horas durante 7 dias
- **Segundo e Terceiro Trimestre da Gravidez e no Puerpério:**
  Arteméter-Lufantrina (AL) – 4 comprimidos de 12/12 horas durante 3 dias. Cada comprimido tem 20 miligramas de Arteméter e 120 miligramas de Lumefantrina.
  Os efeitos adversos desta droga podem ser dor abdominal, anorexia, náuseas e vómitos, diarreia, cefaleia, tonturas, distúrbios do sono e fadiga.

[10] Manual de Normas de Tratamento da Malária em Moçambique aprovadas pelo Ministério da Saúde em 2011

22.5.2 Malária Complicada na Gravidez e Puerpério

Definição :

Doente tem Malária Grave e/ou Complicada, quando tendo parasitémia positiva (F++++) por Plasmódio falciparum, sem nenhuma outra causa, apresenta uma ou mais das manifestações clínicas seguintes : prostração ; alteração da consciência, como ; incapacidade de se alimentar ; respiração profunda e dificuldade respiratória ; convulsões repetidas, colapso circulatório (TA sistólica < 70mm Hg) ou choque ; Edema pulmonar ; Hemorragia espontânea anormal ; Icterícia ; hemoglobinúria (urina escura) ; Anemia grave (palidez das mucosase palmas das mãos) ; hiperpirexia (temperatura axilar igual ou superior a 39,5ºC) ; Insuficiência renal

Tratamento da Malária Complicada na Gravidez e Puerpério:

A Malária Complicada é uma Emergência Médica

- **Primeiro Trimestre da Gravidez :**
  Devido à toxicidade fetal de outras drogas, nesta fase da gravideza mulher grávida só pode tomar Quinino.
  Quinino – 10 miligramas por Kg de peso diluído em 10ml /Kg de peso de 8/8 horas até que a paciente possa fazer medicação oral, a qual tem a mesma dosagem e duração do tratamento da Malária não complicada.
  Devido ao risco de hipoglicémia, recomenda-se a administração endovenosa lenta de 30 ml de dextrose a 30%, de 8/8 horas, durante todo o período que estiver sendo efectuado tratamento endovenoso.
- **Segundo e Terceiro Trimestre da Gravidez e no Puerpério:**
  Artesunato endovenoso ou intramuscular, que vem apresentado em ampolas de 60 miligramas de Ácido Artesúnico anídrico (pó) e uma ampola separada contendo solução de bicarbonato de sódio.
  Modo de preparação : dissolver o Ácido Artesúnico com a solução de bicarbonato de sódio. Depois diluir esta mistura em 5 ml de Dextrose a 5%. Assim esta preparação pode ser administrada por via EV ou IM (na porçãoanterior da coxa). Esta solução deve ser administratada na altura da preparação, não deve ser guardada para outra ocasião.
  A dosagem é de 2,4 mg/Kg de peso EV ou IM administrado de 12/12 horas nas primeiras 3 doses e depois diário, até que a paciente esteja em condições de fazer medicação oral.
  A medicação oral poderá ser : Comprimidos contendo de Artesunato e Amodiaquina base numa combinação de 100 mg de Artesunato e 270 mg de Amodiaquina base. A dose é de 2 comprimidos por dia durante 3 dias consecutivos. Esta droga está contraindicada em mulheres com hipersensilidade à Artemisinina. Os efeitos adversos conhecidos desta droga são cólica, diarreia, aumento ligeiro das transaminases e redução ligeira dos reticulócitos.
  A outra alternativa à medicação oral nestes casos á a Quinina, nas doses referidas para o tratamento da Malária não complicada, 1o trimestre da gravidez.

Monitoria das pacientes com Malária Complicada :

Estas pacientes devem ser controladas em unidades sanitárias que tenham cuidados intensivos, porque com frequência desenvolvem complicações tais como, edema pulmonar, insuficiência cardíaca, falência da função renal, hipoglicémia, anemia grave e coagulopatia

Devem ser monitoradas regularmente nos seguintes parâmetros:

- Sinais vitais incluindo o pulso, TA, temperatura, frequência respiratória
- Diurese
- Auscultação cardio-pulmonar
- Hemograma completo
- Bioquímica para função renal

22.6 Febre Puerperal

Definição

É a presença de uma temperatura corporal de 38º C ou mais, que ocorre depois das 24 horas após o parto.

Diagnóstico

Tabela 31 - Diagnóstico da Febre depois do Parto

Manifestações iniciais e outros sintomas e sinais tipicamente presentes	Sintomas e sinais por vezes presentes	Diagnóstico provável
• Febre/ arrepios de frio • Dor no abdómen inferior • Lóquios purulentos, fétidos • Útero sensível	• Ligeira perda vaginal de sangue (um penso ou pano limpo leva mais do que 5 minutos para ficar ensopado) • Choque séptico	**Metrite**
• Dor e distensão do abdómen inferior • Febre persistente/ arrepios de frio • Útero sensível	• Resposta fraca aos antibióticos • Tumefacção nos anexos ou fundo de saco de Douglas • Pus obtido por culdocentese.	**Abcesso pélvico**
• Febre / arrepios de frio • Dor no abdómen inferior • Ausência de ruídos intestinais	• Dor à palpação e descompressão do abdómen (Blumberg positivo) • Distensão abdominal • Anorexia • Náuseas/ vómitos • Choque séptico	**Peritonite**
• Dor e sensibilidade nas mamas • 3-5 dias após o parto	• Mamas duras e aumentadas de volume	**Ingurgitamento das mamas**

Manifestações iniciais e outros sintomas e sinais tipicamente presentes	Sintomas e sinais por vezes presentes	Diagnóstico provável
	• Ambas as mamas afectadas	
• Dor e sensibilidade nas mamas • Área avermelhada, de bordos definidos na mama • 3-4 semanas após o parto	• Inflamação precedida de ingurgitamento • Normalmente só uma mama afectada	**Mastite**
• Mama firme, muito sensível • Eritema sobreposto	• Tumefacção com flutuação na mama • Pus a drenar	**Abcesso da mama**
• Ferida anormalmente sensível com corrimento hemático ou seroso	• Eritema leve estendendo-se para além dos bordos da incisão	**Abcesso da ferida, seroma da ferida ou hematoma da ferida**
• Ferida dolorosa e sensível • Eritema e edema para além dos bordos da incisão	• Ferida endurecida • Corrimento purulento • Área avermelhada em volta da ferida	**Celulite da ferida**
• Disúria • Frequência aumentada e urgência de micção	• Dor retro-púbica/ supra-púbica • Dor abdominal	**Infecção urinária**
• Disúria • Pico de febre/ arrepios de frio • Frequência aumentada e urgência de micção • Dor abdominal	• Dor rectro-púbica/ supra-púbica • Dor/ sensibilidade lombar • Sensibilidade na caixa torácica • Anorexia • Náuseas/ vómitos	**Pielonefrite aguda**
• Pico de febre apesar dos antibióticos	• Sensibilidade do músculo da barriga da perna	**Trombose da veia profunda[a]**
• Febre • Dificuldade em respirar • Tosse com expectoração • Dor toráxica	• Sinais de consolidação pulmonar • Garganta congestionada • Respiração rápida • Roncos/ fervores	**Pneumonia**
• Febre • Murmúrio vesicular diminuído	• Ocorre tipicamente na fase pós-operatória	**Atelectasia[b]**
• Febre • Arrepios de frio/pele fria • Cefaleias • Dores musculares/articulares	• Baço aumentado	**Malária não complicada**
• Sintomas e sinais de malária não complicada • Coma • Anemia	• Convulsões • Icterícia	**Malária grave/ complicada**
• Febre	• Confusão	**Febre**

Manifestações iniciais e outros sintomas e sinais tipicamente presentes	Sintomas e sinais por vezes presentes	Diagnóstico provável
• Cefaleia • Tosse seca • Mal-estar • Anorexia • Baço aumentado	• Estupor	**Tifóide**[c]
• Febre • Mal-estar • Anorexia • Náusea • Urina escura e fezes pálidas • Icterícia • Fígado aumentado	• Dores musculares/articulares • Urticária • Baço aumentado	**Hepatite**[d]

[a] Administre uma infusão de heparina.
[b] Encoraje a mobilização e a respiração profunda. Não são necessários antibióticos.
[c] Administre 1 g de amoxicilina por via oral 3 vezes ao dia, durante 14 dias. A terapêutica alternativa dependerá dos padrões de sensibilidade local
[d] Proporcione terapia de apoio e observe.

22.6.1 Conduta Geral na Febre Puerperal

- Encoraje o repouso na cama.
- Encoraje uma maior ingestão oral de líquidos.
- Use uma ventoinha ou uma esponja embebida em água morna para ajudar a diminuir a temperatura.
- Se **suspeitar de choque séptico**, inicie imediatamente o tratamento. Mesmo se não estiverem presentes sinais de choque séptico, mantenha em mente a sua possibilidade, ao avaliar, posteriormente, a mulher porque o seu estado pode piorar rapidamente. Se o **choque séptico se desenvolver**, é importante iniciar, imediatamente, o tratamento.

22.7 Deiscência e Infecção da Episiotomia

A episiotomia pode infectar, muitas vezes devido a lesões extensas dos tecidos moles durante o trabalho de parto e segundo dados estatísticos isto ocorre em cerca de 9 % dos casos.

- As infecções graves dos músculos pudendos podem progredir através dos planos da fáscia pélvica, causando abcessos, sépsis e até a morte.
- A penetração profunda do processo infeccioso pode ser seguida pela disseminação para a vulva e parede anterior do abdómen originando a fasceíte necrotisante.

- Felizmente esta infecção é pouco frequente na prática obstétrica.

Quadro clínico

- Febre
- Dor perineal intensa
- Eritema e edema da zona operatória
- Necessidade frequente de analgésicos

Exames Complementares

- Hemograma com leucograma
- Velocidade de sedimentação, se possível
- Hemocultura (se possível).
- Exsudado vaginal por exame bacteriológico e antibiograma se possível.

Conduta

Nivel do Centro de Saúde

1. Se tiver infecção, abrir e drenar; fazer lavagem vagino-perineais 2 a 3 vezes por dia com uma solução anti-séptica (savlon e/ou soluto de dakin)
2. Analgésicos - Diclofenac ou paracetamol (1 a 2 comprimidos de 8/8 horas) e aplicar gelo
3. Administrar antibióticos:
   - Amoxicilina oral 1 grama de 8/8horas + metronidazol oral 500mg de 8/8horas
   ou
   - Penicilina procaína IM 1.500.000UI + metronidazol oral 500mg de 8/8horas durante 7 a 8 dias no máximo.
4. Se tiver um hematoma grande, fazer a drenagem abrindo os pontos. Indicar a resutura da ferida quando desaparecerem os sinais flogísticos e começar a surgir sinais de granulação.
5. **Se a doente não melhorar, transferir para o Hospital Rural ou Geral.**

Nível do Hospital Rural ou Geral

1. Reavaliar a doente.
2. Hemocultura se possível.
3. Exame bacteriológico do exsudado e antibiograma, se possível.
4. Se tecidos necróticos - remoção cirúrgica.
5. Antibióticos segundo o antibiograma ou de largo expetro.
6. Ressutura caso seja necessária e caso a ferida esteja limpa.

22.8 Sépsis Puerperal

Definição

É uma infecção do trato genital, que ocorre a qualquer altura no período de 42 dias após o parto. Pode ser provocado por vários agentes isolados ou simultâneos como:

- Estreptococos beta hemolítico
- Bacterióides e Grã negativos em geral
- Neisseria Gonorreia
- Chlamydia Trachomatis

Factores predisponentes

- Ruptura prematura das membranas,
- Trabalho de Parto Arrastado
- Toques vaginais frequentes
- Parto Vaginal ou Cesariana conduzidos sem condições de assépsia
- DTS ou outra infecção do trato genital não tratada, durante a gravidez
- HIV/SIDA
- Anemia e/ou Malnutrição
- Colocação de substâncias nocivas no períneo para tratar as lacerações

Quadro clínico

- Hipertermia, igual ou superior a 38ºC
- Prostração
- Dor pélvica, útero e abdomen muito sensíveis
- Lóquios com cheiro fétido

Tratamento da Sépsis Puerperal

O tratamento retardado ou inadequado da sépsis puerperal pode resultar num abcesso pélvico, peritonite, choque séptico, trombose das veias profundas, embolia pulmonar, infecção pélvica crónica com dores pélvicas recorrentes e disparéunia, oclusão das trompas e infertilidade.

- Manter a mulher em isolamento, num quarto separado ou num canto afastado da enfermaria, para a prevenção da disseminação da infecção às outras mulheres e ao recém-nascido.
- Usar avental, luvas, materiais e utensílios separados para a mulher.
- Lavar cuidadosamente as mãos antes e depois de observar a doente.

1. Tratamento com doses elevadas de antibióticos de largo espectro:

- Administre uma combinação de antibióticos até a mulher deixar de ter febre durante 48 horas:
  - 1 g de Ampicilina por via IV de 6 em 6 horas

- Mais 80 mg de Gentamicina de 8 em 8 horas
- MAIS 500 mg de Metronidazol por via IV de 8 em 8 horas;

- Se a **ainda houver febre, 72 horas após o início da administração dos antibióticos**, reavalie e reveja o diagnóstico.

- Se suspeitar de restos placentares, fazer curetagem ou aspiração do conteúdo (após 12-24 horas de uma boa cobertura antibiótica). Onde não seja possível a limpeza da cavidade uterina, transferir após iniciar o tratamento antibiótico.

- Se houver abcesso, administre uma combinação de antibióticos antes de drenar e continue até a mulher deixar de ter febre durante 48 horas. Se o abcesso for **flutuante no fundo de saco de Douglas**, drene o pus através do fundo do saco.

- Se **não for verificada uma melhoria** com as medidas conservadoras e se houver sinais de peritonite generalizada (febre, dor à descompressão, dores abdominais) faça uma laparotomia para drenar o pus.

- Se o **útero estiver necrótico e séptico**, faça uma histerectomia subtotal.

- Faça uma transfusão, se necessário. Use concentrado de glóbulos, se disponível.

2.Toxóide Antitetânico: Fazer a vacina anti-tetânica se a mulher não tiver sido vacinada.

3. Dar muitos líquidos: Para além dos líquidos orais dar líquidos por via IV(Ringer 1000 ou dextrose 1000 de 8/8h)

Cuidados de Enfermagem:
- Avaliar os dados vitais e diurese
- Fazer mobilização dos membros para evitar tromboflebites.
- Avaliar os líquidos administrados e saídas (urina e fezes).
- Prevenir a infecção cruzada.
- Manter os registos precisos.

Quando a paciente melhora, deve continuar a fazer antibióticos orais durante cerca de 7 dias:
- Amoxicilina 1g 8/8h e Metronidazol 500mg 8/8h

22.9 Peritonite

Definição

A peritonite é uma inflamação e infecção do peritoneu em ambas as membranas (peritoneu parietal e o visceral) com a presença de líquido purulento na cavidade abdominal. É uma das complicações da Sépsis Puerperal.

Diagnóstico

- Clínico
- Punção do Fundo de Saco de Douglas

Quadro clínico

- Dor abdominal com hipersensibilidade aumentada à descompressão.
- Distensão abdominal
- Vómitos
- Redução dos sons abdominais intestinais (redução do peristaltismo abdominal)
- Diarreia

Tratamento

1. Iniciar o tratamento como se tratasse de uma Sépsis Puerperal grave.
2. **Transferir a doente o mais rápido possível para um hospital onde haja capacidade cirúrgica.**

22.10 Engorgitamento das Mamas

O engorgitamento da mama é o exagero do engorgitamento linfático e venoso que ocorre antes da lactação. Não é resultado da sobre-distensão da mama com leite.

Na mulher amamentando

- Se a **mulher estiver a amamentar** e o **bebé não for capaz de chupar**, encoraje a mulher a extrair o leite espremendo a mama à mão ou com uma bomba.

- Se a **mulher estiver a amamentar** e o **bebé for capaz de chupar**:

  - Encoraje a mulher a amamentar mais frequentemente, usando ambas as mamas em cada mamada;
  - Mostre à mulher como segurar no bebé e ajudá-lo a introduzir e manter o mamilo na boca;
  - As medidas de alívio, antes da amamentação, podem incluir:
    - Aplicar compressas mornas nas mamas, imediatamente antes da mamada, ou encorajar a mulher a tomar um banho morno;

- Massagem do pescoço e das costas da mulher;
- Extrair manualmente algum leite antes da mamada e molhar a área do mamilo para ajudar o bebé a agarrá-lo e a chupar de maneira apropriada e facilmente;
- As medidas de alívio depois da mamada podem incluir:

  o o apoio das mamas com uma ligadura ou soutien;
  o a aplicação de compressas frias nas mamas, entre as mamadas para reduzir o inchaço e as dores;
  o a administração de 500 mg de paracetamol por via oral, sempre que necessário;

- Controle a mulher, 3 dias depois de iniciar estes procedimentos para se assegurar dos resultados.

Na mulher sem amamentar

- Se a **mulher não estiver a amamentar**:

  - apoie as mamas com uma ligadura ou soutien;
  - aplique compressas frias nas mamas para reduzir o inchaço e as dores;
  - evite massagear ou aplicar calor sobre as mamas;
  - evite estimular os mamilos;
  - administre 500 mg de paracetamol por via oral, se necessário;
  - controle a mulher, 3 dias depois de iniciar estes procedimentos para se assegurar dos resultados.

22.11 Infecção das Mamas

Neste sub-capítulo serão tratadas as seguintes patologias: **MASTITE** e **ABCESSO DA MAMA**

22.11.1 Mastite

- Trate com antibióticos:
  - 500 mg de Cloxacilina por via oral 4 vezes por dia, durante 10 dias;
  - OU 250 mg de Eritromicina por via oral 3 vezes por dia, durante 10 dias.

- Encoraje a mulher a:
  - continuar a amamentar;
  - apoiar as mamas com uma ligadura ou soutien;
  - aplicar compressas frias nas mamas entre as mamadas para reduzir o inchaço e as dores;

- Administre 500 mg de Paracetamol por via oral, sempre que necessário;
- Controle a mulher 3 dias depois de iniciar estes procedimentos para se assegurar dos resultados.

22.11.2 ABCESSO DA MAMA

- Trate com antibióticos:
  - 500 mg de Cloxacilina por via oral 4 vezes por dia, durante 10 dias;
  - OU 250 mg de Eritromicina por via oral, 3 vezes por dia, durante 10 dias.

- Drene o abcesso:
  - Normalmente é necessária uma anestesia geral (p. ex. ketamina)
  - Faça uma incisão radial que vai desde a proximidade da margem alveolar até a periferia da mama para evitar lesão dos canais galactoforos;
  - Usando luvas esterilizadas, utilize um dedo para destruir as bolsas de pus;
  - Tampone a cavidade com uma compressa para facilitar a drenagem;
  - Remova a compressa após 24 horas e substitua-a com outra compressa mais pequena.

- Se ainda **houver pus na cavidade**, coloque novamente uma compressa na cavidade e deixe uma ponta fora da lesão como tubo de drenagem de qualquer pus que ainda reste.

- Encoraje a mulher a:
  - continuar a amamentar, mesmo quando há colecção de pus
  - apoiar as mamas com uma ligadura ou soutien;
  - aplicar compressas frias nas mamas, entre as mamadas, para reduzir o inchaço e as dores;

- Administre 500 mg de Paracetamol por via oral, sempre que necessário;

- Controle a mulher 3 dias depois de iniciar estes procedimentos para se assegurar dos resultados.

22.12 Infecção de Feridas Perineais e Abdominais

Neste sub-capítulo serão tratadas as seguintes patologias :

- Abcesso, Seroma E Hematoma Da Ferida, e
- Celulite Da Ferida E Fasceíte Necrosante

22.12.1 Abcesso, Seroma e Hematoma da Ferida

- Se houver **pus ou drenagem de líquidos**, abra e drene a ferida.
- Remova as suturas da pele ou tecido celular subcutâneo infectados e faça a limpeza da lesão. Não remova as suturas da aponeurose.
- Se houver um **abcesso sem celulite**, não são sempre necessários antibióticos.
- Coloque um penso húmido na ferida e faça com que a mulher retorne diariamente, para mudar o penso.
- Aconselhe a mulher sobre a necessidade de uma boa higiene e de usar pensos ou panos limpos, que deve mudar regularmente.

22.12.2 Celulite da Ferida e Fasceíte Necrosante

- Se existir **drenagem de líquido ou pus**, abra e drene a ferida.
- Remova as suturas da pele ou tecido celular subcutâneo infectados e faça a limpeza da ferida. Não remova as suturas da aponevrose.
- Se a **infecção for superficial e não envolver tecidos profundos**, faça o acompanhamento da mulher para despistar o possível aparecimento de um abcesso. Se existe a possibilidade de se desenvolver um abcesso, administre uma combinação de antibióticos:
  - 500 mg de Amoxicilina por via oral 3 vezes por dia durante 5 dias;
  - MAIS 500 mg de Metronidazol por via oral 3 vezes por dia durante 5 dias.
- Se a **infecção for profunda, envolvendo músculos e estando a causar necrose**, (fasceíte necrosante) administre uma combinação de antibióticos até que o tecido necrótico tenha sido removido e a mulher deixe de ter febre durante 48 horas:
  - 2 000 000 de unidades de Penicilina G por via IV, de 6 em 6 horas;
  - Mais 80mg de Gentamicina por via IV de 8 em 8h.
  - MAIS 500 mg de Metronidazol por via IV de 8 em 8 horas;
- Quando a **mulher deixar de ter febre por 48 horas**, administre:

- 500 mg de Amoxicilina por via oral 3 vezes por dia durante 5 dias;

- MAIS 500 mg de Metronidazol por via oral 3 vezes ao dia durante 5 dias.

Nota: A fasceíte necrosante requer um desbridamento cirúrgico alargado. Faça uma sutura secundária 2-4 semanas mais tarde, dependendo da resolução da infecção.

- Se a **mulher tiver uma infecção grave ou fasceíte necrosante**, interne-a no hospital para melhor conduta e tratamento, e mude o penso da ferida 2 vezes por dia.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Avaliação Nacional das Necessidades em Saúde Materna e Neonatal em Moçambique, Ministério da Saúde, 2007.

Inquérito Demográfico e de Saúde de 2003, Instituto Nacional de Estatística de Moçambique.

Inquérito Nacional de Indicadores Múltiplos em Moçambique, 2008, Instituto Nacional de Estatística de Moçambique.

World Health Organization. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Pregnancy, Childirth, Portpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. WHO, Dept of Making Pregnancy Safer, Geneva 2006.

Organização Mundial de Saúde. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el parto: Guia para obstetrices y medicos. OMS; Unidade de Maternidade Segura, Ginebra, 2002.

Recomendações da OMS para a assistência humanizada ao parto *(http://www.who.int/reproductive-health/publications)*.

Normas Nacionais para a Prevenção da Transmissão Vertical da Mãe para o Filho, aprovadas em 2010, de acordo com as normas de PTV da OMS

Hofmeyr GJ et al. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Aug 4;(8)(8):CD001059.

Bujold et al. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*. 2010;Volume 116 - Issue 2, Part 1 - pp 402–414.

Prevention and management of pre-eclampsia and eclampsia Reference Manual for Healthcare Providers, MCHIP, 2011 (baseado em evidências)

Normas Nacionais de Tratamento da Malária em Moçambique, 2011

ACCESS. Best Practices in Maternal and Newborn Care: Learning Resource Package. Jhpiego-Johns Hopkins University. Baltimore-MD, USA, 2008.

ACCESS. Basic Maternal and Newborn Care: A Guide for Skilled Providers. Jhpiego, Jhpiego-Johns Hopkins University. Baltimore-MD, USA, 2006.

MISAU. *Atenção humanizada a mulher e ao recém-nascido durante o parto e o nascimento*. Ministério da Saúde. Moçambique, 2007.

MISAU. Padrões para Medição do Desempenho dos Serviços de Saúde Materna e Neonatal – Iniciativa Maternidade Modelo. Ministério da Saúde. Moçambique, 2010.

Enkin M at all. Guia para Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto. Ed. Guanabara Koogan. p. 255. RJ-Brasil, 2005.

Davis-Floyd R., St.Jonh G. From Doctor to Healer: The transformative Journey*. New Brunswick NJ: Rutgers University Press. 1998.*

Nápoles Méndez D, Bajuelo Páez AE, Téllez Córdova M del C, Couto Núñez D. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto [artículo en línea]. MEDISAN 2004;8(4). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.htm> [consulta: 01.04.20010].

Organização Mundial de Saúde. Unidade de Maternidade Segura, saúde reprodutiva e de la família. Asistencia al parto normal: un guia prático. Ginebra: OMS; 1996. p.54.